Niveau(x) d'enseignement: 8 Numéro EDUQ : 9370729
Centre d'intérêt: 851

Tremblay, Manon.

Le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute / par Manon Tremblay. -- [Hull?] : M. Tremblay, 1992.
iv, 62, [33] f. ; 28 cm.

Titre de la couv. "Mémoire de recherche présenté à l'Université du Québec à Hull comme exigence partielle de la Maîtrise en éducation".
Bibliogr. : f. 60-62.

Vedette(s)-secondaire(s): Université du Québec à Hull

Descripteur(s): Apprentissage expérientiel * Rôle de l'enseignant * Changement d'attitude * Stage * Universitaire (Ordre d'enseignement)

Identificateur(s) de nom: Kolb, David A

Identificateur(s) de sujet: Ergothérapie * Journal de bord

Cette recherche a pour objet de comprendre le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute. L'intervention en ergothérapie contient un processus d'éducation/apprentissage qui fait appel à deux processus continus mais distincts: le processus d'intervention propre à l'ergothérapeute dans son rôle d'éducateur et le processus d'apprentissage du client dans son rôle d'apprenant. Cette recherche s'intéresse spécifiquement au processus d'intervention propre à l'ergothérapeute et privilégie l'approche expérientielle comme modèle pédagogique. Elle vise la compréhension du processus qui permet à l'ergothérapeute de s'approprier l'approche éducative expérientielle et de pouvoir intervenir en tant qu'éducateur alors que sa formation n'est pas celle d'un éducateur. En d'autres mots, il s'agit de comprendre les changements d'attitudes et de comportements dans le vécu d'une ergothérapeute qui tente d'intégrer un nouveau savoir-faire et savoir-être. Le mode de collecte des données est le journal de bord. Les modèles expérientiels de Kolb, de Pfeiffer et Ballew, de Walter et Marks ainsi que Steinaker et Bell sont décrits. Les résultats de la recherche favorisent l'intégration de l'enseignement de l'approche expérientielle dans la formation en ergothérapie.

Type de document:

9370729

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE DE RECHERCHE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À HULL

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR

MANON TREMBLAY

LE PROCESSUS D'APPROPRIATION DE L'APPROCHE ÉDUCATIVE EXPÉRIENTIELLE PAR UNE ERGOTHÉRAPEUTE

SEPTEMBRE 1992

REMERCIEMENTS

Merci à Jacques Chevrier, Ph.D., pour l'appui qu'il m'a apporté tout au long de ma maîtrise en tant que tuteur.

Merci à Monique Carrière pour son aide technique.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ii

TABLE DES MATIERES iii

LISTE DES FIGURES v

LISTE DES TABLEAUX vi

INTRODUCTION 1

1. PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE 3
1.1. Définition de l'ergothérapie 3
1.2. La pratique éducative en ergothérapie 5
1.2.1. Le rôle d'éducateur de l'ergothérapeute 5
1.2.2. La dimension d'éducation/apprentissage en ergothérapie 7
1.2.3. La recherche en ergothérapie liée à l'éducation 11
1.3. L'approche expérientielle 12
1.3.1. Les modèles théoriques selon l'approche expérientielle 13
1.3.2. L'approche éducative expérientielle en ergothérapie 20
1.4. Le questionnement de la recherche 23

2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 25
2.1. L'informant 26
2.2. Les sites de la recherche. 26
2.2.1. Hôpital 27
2.2.2. Université 28
2.3. Les limites temporelles de la recherche. 29
2.4. La source primaire des données et les modes de cueillettes de données. 30
2.5. Les sources secondaires de données 31
2.6. La phase d'introduction dans le site hospitalier de la recherche 33
2.7. Le journal de bord du chercheur 33

3. L'ANALYSE DES DONNÉES 35
3.1. La procédure d'analyse des données 35
3.2. La structure fondamentale du phénomène à l'étude 38
3.2.1. La structure fondamentale du processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute (PAAEE) 38
3.2.2. La structure fondamentale du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute (PANAEE) 42

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS 46
4.1. La transférabilité de la recherche 47
4.2. La confirmation de la recherche 47
4.3. La fiabilité de la recherche 48
4.4. La crédibilité de la recherche. 48
4.5. La taxonomie expérientielle d'apprentissage de Steinaker et Bell 49
4.6. Le processus de changement thérapeutique selon Edmond Marc 51

4.7. La transformation de perspective de Jack Mezirow 54
4.8. Conclusion 57

BIBLIOGRAPHIE 60

APPENDICES 63
1 Formule de consentement à la participation à la recherche 64
2 Extraits du journal de bord de l'intervenante 65
3 Tableau de regroupement des données en fonction du contexte, des comportements, des attitudes et des effets. 66
4 Tableau de délimitation des étapes du processus d'appropriation d'une approche éducative expérientielle par une ergothérapeute. 67

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.	Processus d'élaboration de l'intervention en ergothérapie	8
2.	Application du processus à un objectif de traitement	10
3.	Représentation du cycle d'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984)	15
4.	Comparaison entre les modèles expérientiels de Kolb (1984), de Pfeiffer et Ballew (1988) et de Walter et Marks (1981).	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau Page

1. Mise en parallèle des étapes du PANAEE et celles de la taxonomie expérientielle d'apprentissage de Steinaker et Bell (1979) 50

2. Mise en parallèle des étapes du PANAEE et celles du processus de changement thérapeutique selon Edmond Marc (1985) 52

3. Mise en parallèle des étapes du PANAEE et celles de la transformation de perspective selon Jack Mezirow (1991). 56

INTRODUCTION

Cette recherche a pour objet de comprendre le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute.

L'intervention en ergothérapie contient un processus d'éducation/apprentissage. Ce processus d'éducation/apprentissage fait appel à deux processus continus mais distincts: le processus d'intervention propre à l'ergothérapeute dans son rôle d'éducateur et le processus d'apprentissage du client dans son rôle d'apprenant. Cette recherche s'intéressera spécifiquement au processus d'intervention propre à l'ergothérapeute. Certes l'ergothérapeute a un rôle d'éducateur à jouer, cependant, dans la pratique de l'ergothérapie, un seul modèle pédagogique semble être utilisé. Ce modèle dérive des courants réductionnistes. Il existe peu de réflexion sur les modèles pédagogiques utilisés ou utilisables en ergothérapie. Il est temps donc d'amorcer une réflexion sur ce thème. L'approche expérientielle semble offrir un modèle pédagogique intéressant dans le contexte organismique.

Cette recherche qualitative a pour objectif la compréhension du processus qui permet à l'ergothérapeute de s'approprier l'approche éducative expérientielle et de pouvoir intervenir en tant qu'éducateur alors que sa formation n'est pas celle d'un éducateur. La compréhension du processus d'appropriation sous-entend comprendre le vécu de l'ergothérapeute qui apprend à utiliser l'approche expérientielle jusqu'à ce que ces nouvelles connaissances soient intégrées au système de valeurs de la personne. En d'autres mots, il s'agit de comprendre les changements

d'attitudes et de comportements dans le vécu d'une ergothérapeute qui tente d'intégrer un nouveau savoir, savoir-faire et savoir-être, suivant la perspective de l'ergothérapeute. Le mode de collecte de données privilégié sera le journal de bord ou «self-report». La méthodologie de la recherche sera abordée plus en détail dans le second chapitre. Dans le troisième chapitre et quatrième chapitre se retrouveront respectivement l'analyse et la discussion des résultats. La problématique de la recherche sera d'abord précisée.

CHAPITRE I

1. PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

Pour bien cerner la problématique de cette recherche, le premier chapitre aura comme objectif de définir l'ergothérapie, la pratique éducative en ergothérapie (le rôle d'éducateur de l'ergothérapeute, la recherche de nature éducative en ergothérapie) et précisera l'application de l'approche expérientielle en ergothérapie.

1.1. Définition de l'ergothérapie

Selon les lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MNSB) et Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 1983), l'ergothérapie se définit comme une science de la réadaptation ayant comme but d'augmenter, maintenir ou restaurer la capacité fonctionnelle d'un individu, «lorsque celle-ci a été altérée soit par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble de développement, un handicap social ou par le vieillissement.» (p.xvi). On entend par capacité fonctionnelle, les activités du client liées aux soins personnels, au travail productif, et aux loisirs et qui dépendent de facteurs environnementaux.

L'ergothérapeute intervient auprès d'un client via des activités dirigées et liées aux domaines de l'activité humaine (loisirs, travail productif et soins personnels fréquemment appelés activités de la vie quotidienne et qui comprennent, entre autres,l'hygiène et l'habillage).

Les étapes de la pratique de l'ergothérapie sont: la consultation ou demande de service en ergothérapie, l'évaluation, la planification du programme, le traitement, le congé, l'observation post-cure, s'il y a lieu, l'évaluation du programme (MNSB et ACE, 1986).

La demande de service en ergothérapie doit être signée par un médecin. Elle doit inclure le diagnostic du patient ainsi que le(s) motif(s) de la référence. L'ergothérapeute évalue alors le client. Elle utilise une ou des épreuve(s) standardisée(s), quantitative(s), objective(s) et/ou observe de façon non standardisée, qualitative le client lors de l'exécution d'une tâche familière et d'une tâche non familière. Pour compléter son évaluation ou corroborer certaines données recueillies à travers l'évaluation, diverses sources d'information sont disponibles: des entrevues avec le client et avec des personnes significatives de son réseau social (membres de la famille immédiate, employeur) et les résultats d'examens diagnostiques ou tests administrés par d'autres intervenants (MNSB et ACE, 1986). A partir des résultats de l'évaluation, l'ergothérapeute planifie un programme de traitement qu'elle applique. L'ergothérapeute met fin au traitement pour différents motifs tels que l'atteinte des objectifs de traitement préalablement établis dans le programme d'intervention, le refus de collaborer, l'absence de progrès significatif. L'observation post-cure du client se fait seulement lorsque le client n'a aucun suivi par des organismes communautaires ou d'autres professionnels ou encore lorsqu'un suivi de courte durée est essentiel pour permettre au client de continuer à évoluer dans son milieu. Enfin, l'ergothérapeute doit évaluer son programme de traitement. Cette évaluation se fait continuellement lors de

l'application du programme et permet à l'ergothérapeute d'ajuster son plan de traitement. Les données recueillies lors de l'évaluation, le plan de traitement, les interventions (fréquence et durée), les résultats doivent être consignées par écrit au dossier du patient. Le plan de traitement doit inclure les buts du traitement et les activités thérapeutiques recommandées.

1.2. La pratique éducative en ergothérapie

Pour comprendre la pratique éducative en ergothérapie , il est nécessaire de définir le rôle d'éducateur de l'ergothérapeute et de cerner la dimension d'éducation/apprentissage en ergothérapie. Finalement, le point sur la recherche en ergothérapie liée à l'éducation sera fait.

1.2.1. Le rôle d'éducateur de l'ergothérapeute

Le rôle d'éducateur est reconnu comme étant l'un des rôles de l'ergothérapeute dans les services directs et indirects (MNSB et ACE, 1986, Cynkin et Robinson, 1990). Ce rôle d'éducateur devient aussi une préoccupation croissante pour les chercheurs et les praticiens comme en témoigne le bloc thématique «*The Occupational Therapist as Educator*» du congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes en 1989.

De leur côté, en considérant l'adaptation comme le «concept clef dans la pratique de l'ergothérapie», le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et l'Association canadienne des ergothérapeutes (1986) soulignent l'importance du rôle d'éducateur. La notion

d'adaptation, sans pour autant s'y restreindre, implique en effet les notions d'apprentissage et de réapprentissage. Le client doit apprendre (ou réapprendre) à fonctionner plus efficacement.

Ces apprentissages sont multiples et peuvent relever, en tout ou en partie, des trois domaines du savoir: le psycho-moteur, l'affectif et le cognitif. Par exemple, l'ergothérapeute:

- apprend à un client à utiliser adéquatement une adaptation (enfile-bas, un couteau-fourchette «Nelson») (apprentissage psycho-moteur);
- enseigne des techniques de transfert et d'habillage (apprentissage psycho-moteur);
- enseigne des principes de protection articulaire à une ménagère arthritique (apprentissage cognitif);
- aide une personne handicapée à accepter une perte d'autonomie (apprentissage affectif);
- aide un client à changer son image de soi (apprentissage affectif).

Si le rapport du Ministère et de l'Association canadienne des ergothérapeutes (1986) met en valeur le rôle d'éducateur, il ne préconise pas pour autant un modèle éducatif particulier, se limitant à énoncer des principes éducatifs qui devraient alimenter la relation d'enseignement/apprentissage tels que:

- le respect des modes d'apprentissage qui diffèrent d'un individu à l'autre;
- la nécessité de donner une forme de rétroaction à l'apprenant;
- l'efficacité (permanence) d'un apprentissage significatif (rattaché à son expérience de vie) par rapport à un apprentissage non significatif.

Ces principes sont applicables à divers types d'intervention en ergothérapie et peuvent aider l'ergothérapeute à mieux assumer son rôle d'éducateur. A titre d'exemple, pour l'apprentissage du transfert au bain, divers types de renforcements (visuel, verbal, kinesthésique) sont utilisés pour en maximiser l'intégration (Brousseau, 1989). De même, Schwartz (1991), dans un chapitre consacré à l'apprentissage en ergothérapie, met l'accent uniquement sur l'utilisation de diverses stratégies d'enseignement par l'ergothérapeute et non sur l'utilisation de modèles éducatifs particuliers.

Le rôle d'éducateur de l'ergothérapeute est donc reconnu et à cette fin, diverses stratégies éducatives et principes éducatifs sont appliqués dans l'intervention ergothérapique. Mais pour assumer plus efficacement son rôle d'éducateur, la connaissance de ces principes et stratégies n'est pas suffisante. L'ergothérapeute doit prendre conscience des modèles éducatifs particuliers dont relèvent ces principes pour renforcer les buts visés par l'intervention (Mann, 1990). Dans la section suivante, la dimension d'éducation/apprentissage dans la pratique de l'ergothérapie sera cernée.

1.2.2. La dimension d'éducation/apprentissage en ergothérapie

Suite à l'évaluation d'un client, l'ergothérapeute élabore des objectifs de traitement qui portent sur l'un des trois domaines du fonctionnement occupationnel (loisirs, travail productif, soins personnels). La thérapeute doit alors choisir le cadre conceptuel ou schème de référence qu'il utilisera pour intervenir (MNSB et ACE, 1986). Reed (1984) présente quatre «super modèles organismiques»: humaniste, développemental, systémique et holistique, ainsi que trois «super modèles mécanistiques»: réductionniste, behavioriste et psychanalytique. Chacun de ces «super modèles» peut servir de cadre conceptuel à l'élaboration d'une intervention.

De ce cadre conceptuel (ou super-modèle) dérive une approche ou un modèle pratique servant à l'ergothérapeute à orienter et guider ses décisions professionnelles (voir Figure 1). Selon Reed (1984), par exemple, le modèle sensori-moteur de Rood est associé au super-modèle organismique développemental et le modèle d'occupation humaine de Kielhofner s'inspire du

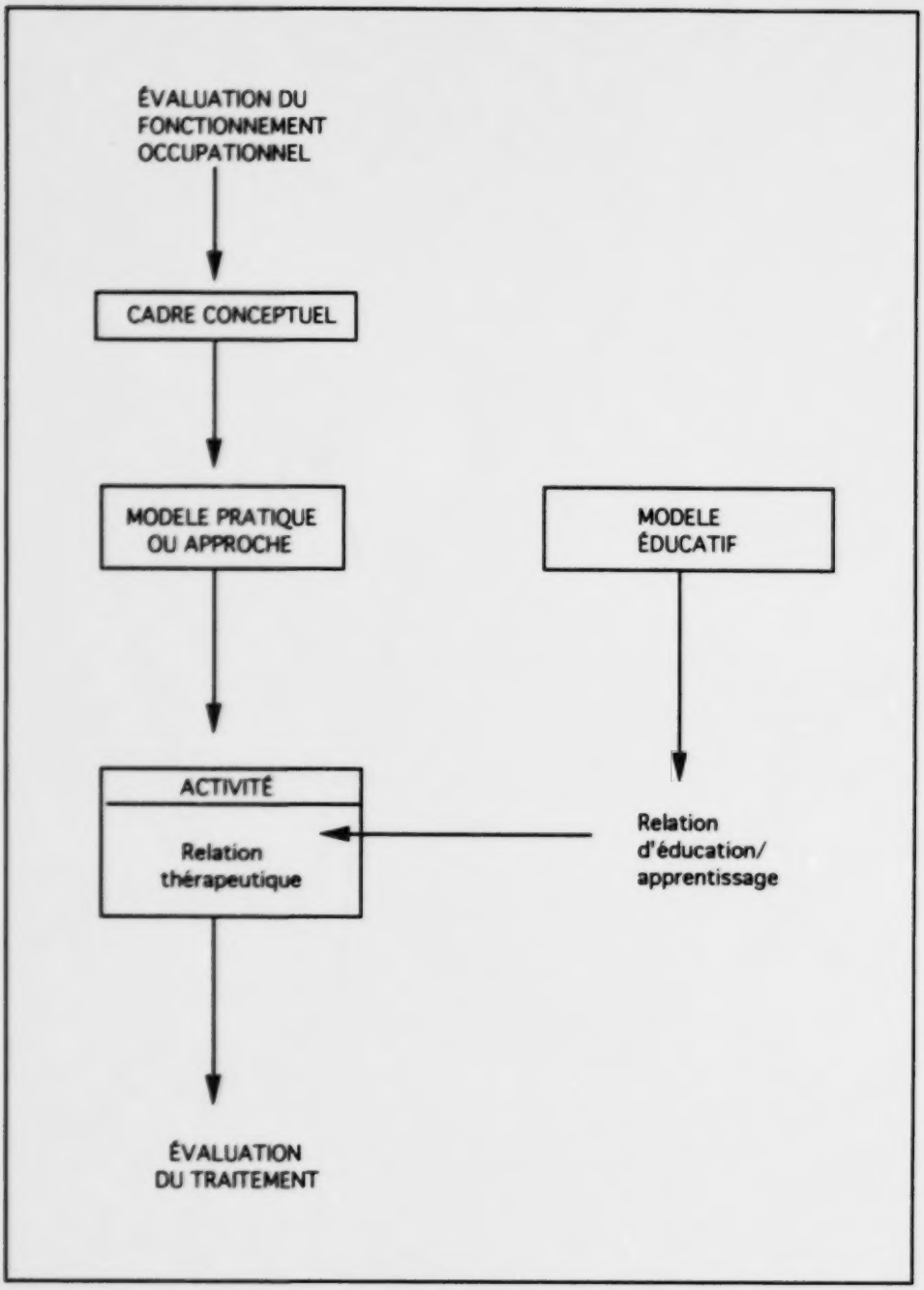

Figure 1: Processus d'élaboration de l'intervention en ergothérapie

courant organismique systémique. Le modèle pratique détermine le type de relation thérapeutique privilégiée dans les activités planifiées.

Lors de l'application pratique de certains de ces modèles, la thérapeute doit assumer un rôle d'enseignant. Par exemple, en clinique, lorsqu'une personne a une incapacité permanente qui diminue son niveau d'indépendance fonctionnelle, l'utilisation du modèle compensatoire est appropriée (Reed, 1984). En se référant à ce modèle, dérivé des philosophies mécanistiques réductionnistes, la thérapeute focalise son intervention de façon à maximiser les habiletés résiduelles de son client. La Figure 2 présente l'exemple dans lequel on apprend à un accidenté cérébral ayant un retour moteur nul à un membre supérieur à utiliser des techniques unilatérales pour l'habillage.

Habituellement l'ergothérapeute, comme enseignante, démontre alors la technique au client. Elle planifie des périodes de pratique où elle aide et supporte le client. Par la suite, elle donne une assisance minimale au client et lui demande de faire l'activité de façon indépendante. Tout au long des diverses pratiques, la thérapeute fournit de la rétroaction corrective et elle s'assure que le client maîtrise les habiletés avant d'exiger un niveau supérieur de performance.

Cette démarche d'enseignement s'apparente au modèle éducatif dit de «training» (Joyce et Weil, 1980) qui comporte cinq phases: 1) clarification des objectifs, 2) explication théorique, 3) démonstration, 4) pratique simulée, 5) transfert en situation réelle. Ce modèle éducatif semble être celui qui est utilisé par de nombreuses cliniciennes avec la clientèle adulte. Or ce modèle relève du paradigme béhavioriste et s'inscrit, par conséquent, dans le cadre de référence «mécanistique».

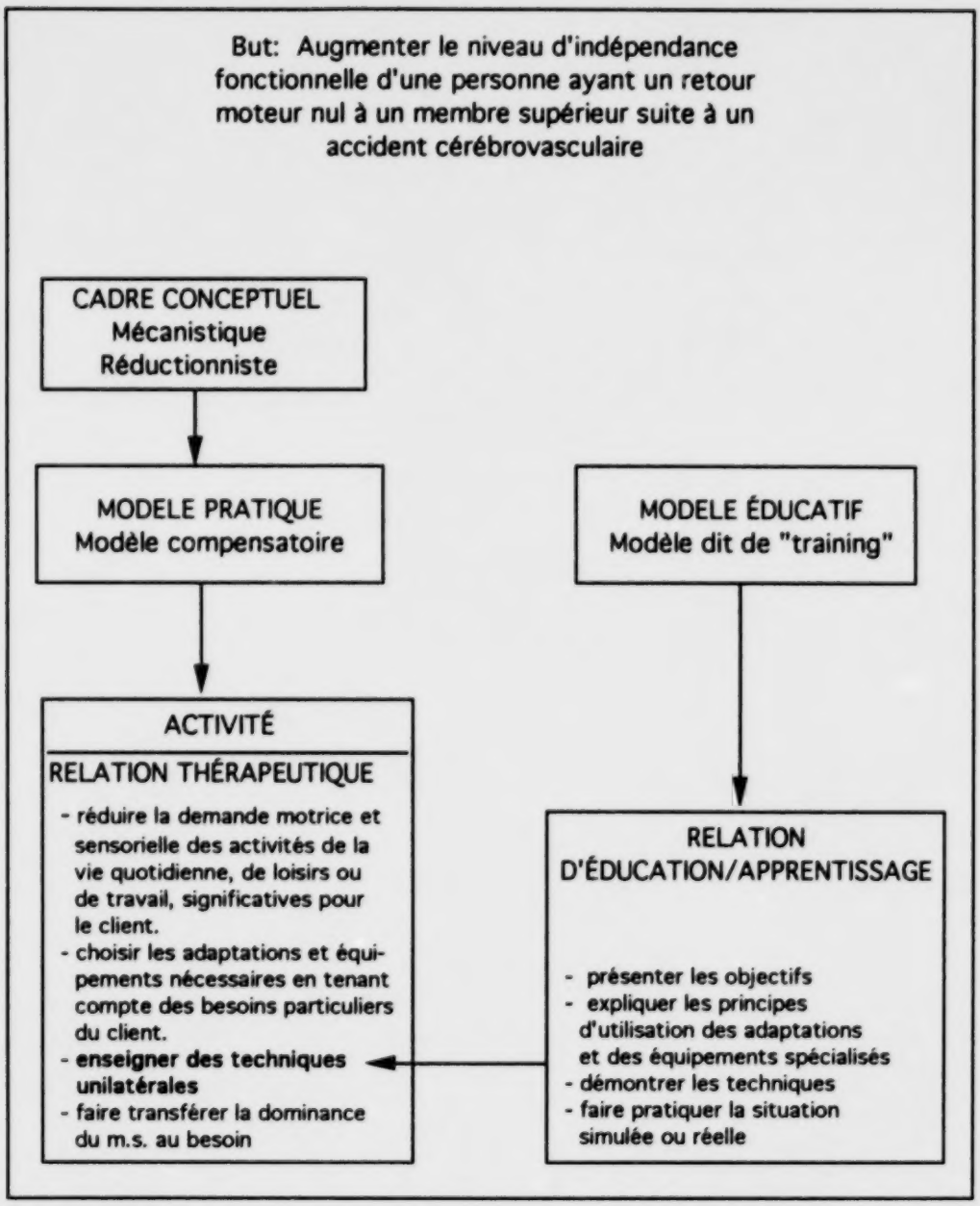

Figure 2: Application du processus à un objectif de traitement

La présence simultanée de deux modèles, le pratique et l'éducatif, pose le problème de la cohérence interne de l'ensemble du système d'intervention qui se concrétise dans l'activité. Il se peut que le modèle éducatif adopté par l'ergothérapeute ne vise pas les mêmes objectifs que le modèle pratique choisi, c'est-à-dire que les deux modèles dérivent d'approches dont les prémisses sont divergentes. Il faut adapter le modèle éducatif à la situation thérapeutique et assurer sa cohérence avec le modèle pratique. Or si l'ergothérapeute a, dans le modèle dit de «training», un modèle éducatif qui s'inscrit dans le cadre de référence «mécanistique», il n'a pas, de manière correspondante, de modèle éducatif nettement identifiable pour le cadre de référence «organismique».

La pratique de l'ergothérapie nous fournit un seul modèle éducatif, mais qu'en est-il de la recherche en ergothérapie liée à l'éducation?

1.2.3. La recherche en ergothérapie liée à l'éducation

De façon générale, la recherche en ergothérapie est encore en développement. Un sondage mené aux Etats-Unis, en 1986, auprès des membres des différentes facultés du pays révélait que 50% se disaient familiers avec un modèle éducatif et que 50% alléguaient ne connaître aucun modèle éducatif (Leonardelli, 1986).

Après une revue de la littérature, il nous apparaît que la recherche éducative en ergothérapie s'oriente dans trois directions:

1) La supervision en milieu clinique. Les stages cliniques représentent une partie importante de la formation universitaire (environ 1,000 heures cliniques) (Gilbert, 1991; Thompson, 1986).
2) Le curriculum universitaire (évaluation, conception...) (Christiansen, 1975, 1977).
3) L'évaluation de différentes techniques éducatives (Ferland, 1980; Forget, 1974; Hachey, 1975).

Au niveau de la recherche en ergothérapie, aucun modèle éducatif explicite n'est reconnu pour orienter et encadrer la dimension éducation/apprentissage. Au niveau de la pratique, le modèle éducatif dit de «training» (Joyce et Weil, 1980) est implicitement utilisé peu importe le modèle de pratique ergothérapique choisi. A ce titre, l'approche expérientielle («cadre de référence organismique») pourrait nous fournir un modèle éducatif intéressant et qui conviendrait à certaines interventions. Dans la section qui suit, seront présentés quatre modèles éducatifs d'approche expérientielle.

1.3. L'approche expérientielle

L'approche expérientielle s'inscrit dans un courant organismique humano-cognitiviste. Le terme «approche» se définit, à l'instar de Legendre (1988) comme une «façon générale d'étudier une question, d'aborder un problème ou d'atteindre une finalité» (p.41). Le concept d'approche expérientielle réfère actuellement à trois réalités différentes qui sont: 1) le processus d'apprentissage, 2) le modèle éducatif, 3) le produit d'une démarche expérientielle (Chevrier et Charbonneau, 1989). C'est au modèle éducatif uniquement que la présente recherche s'intéresse.

L'approche expérientielle est une approche qui exige un engagement total de la personne (Boud, 1989) , un engagement à la fois cognitif, émotif et moteur (Charbonneau et Chevrier, 1990). De plus, cette approche amène le déploiement d'attitudes et d'habiletés particulières chez l'apprenant et fait appel au métacognitif de ce dernier (Charbonneau et Chevrier, 1990). L'approche expérientielle développe l'autonomie de l'apprenant (Boud, 1989). Les apprentissages enseignés à travers cette approche doivent être significatifs pour l'apprenant, c'est-à-dire référer à son environnement et être réutilisables dans son quotidien (Boud, 1989). Les sections suivantes décrivent quatre modèles éducatifs selon l'approche expérientielle et cherchent à circonscrire l'utilisation de l'approche éducative expérientielle en ergothérapie.

1.3.1. Les modèles théoriques selon l'approche expérientielle

Les modèles théoriques de Kolb (1984), Pfeiffer et Ballew (1988), Walter et Marks (1981), ainsi que Steinaker et Bell (1979) seront décrits. Ces modèles éducatifs d'approche expérientielle sont des modèles mettant l'accent soit sur la démarche d'apprentissage de l'apprenant soit sur le processus d'enseignement. Les modèles éducatifs sont dits alors des modèles d'apprentissage expérientiel ou des modèles d'enseignement expérientiel. Le modèle de Walter et Marks (1981) est davantage un modèle d'enseignement qu'un modèle d'apprentissage puisqu'il consiste en un «modèle présentant un agencement spécifique d'activités et d'interventions, et constituant une représentation d'un type particulier d'enseignement» (Legendre, 1988, p.381). Par contre, les modèles éducatifs expérientiels de Kolb (1984), de Pfeiffer et Ballew (1988) et de Steinaker et Bell (1979) consistent en des «modèles présentant en un agencement spécifique certaines propriétés des éléments d'une situation pédagogique et constituant une représentation d'un type

particulier de processus d'apprentissage» (Legendre, 1988, p.381). Par conséquent, ces modèles, au lieu d'insister sur l'intervention éducative, décrivent les étapes par lesquelles passe un apprenant impliqué dans une approche éducative expérientielle. Les modèles éducatifs selon Joyce et Weil (1980) s'insèrent dans quatre grandes familles de modèles. L'approche expérientielle est une approche humano-cognitiviste dérivant de deux familles: la famille de modèles découlant des théories de traitement de l'information (courant cognitiviste) et la famille de modèles fondés sur le respect de la personne (courant humaniste). Les autres familles de modèles sont la famille de modèles inspirée de la modification du comportement et la famille de modèles d'interaction sociale.

Le modèle éducatif expérientiel le plus connu est celui de David Kolb (1984). Selon ce dernier, l'apprentissage expérientiel est le processus psychologique par lequel un apprenant transforme son expérience en savoir, savoir-faire et savoir-être. Ce processus se réalise essentiellement en quatre étapes (voir Figure 3) qui se répètent de façon cyclique et à la manière d'une spirale: l'expérience concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active.

L'**expérience concrète** est l'étape durant laquelle l'apprenant entre en interaction avec une structure événementielle (expérience) comportant des éléments observables. L'apprentissage peut être extérieur à l'individu, comme apprendre une technique, ou être intérieur à lui-même, comme changer sa perception de soi. L'**observation réfléchie** demande à l'apprenant de reconstituer les éléments de l'expérience, de réfléchir sur celle-ci pour la comprendre selon diverses perspectives. A cette étape, l'apprenant doit pouvoir effectuer des comparaisons intra-expériences et des comparaisons inter-expériences. La **conceptualisation**

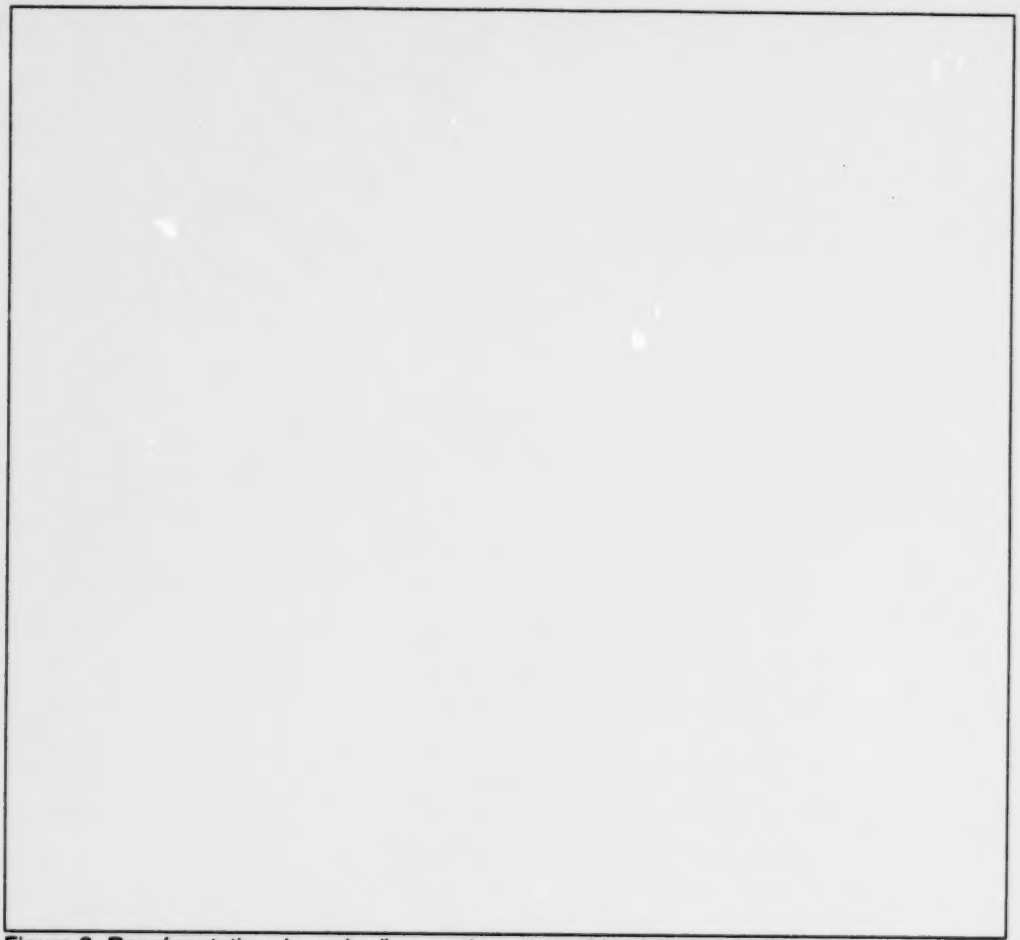

Figure 3. Représentation du cycle d'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984)

abstraite est l'étape du cycle durant laquelle l'apprenant, à partir des observations prélevées dans la phase précédente, construit un concept, un principe (ou une règle), une structure (système, modèle, théorie) pouvant s'appliquer à plus d'un cas particulier ou plus d'une situation particulière. Ces généralisations sont conçues par la personne comme étant vraies dans plusieurs situations ou événements particuliers. L'**expérimentation active** est l'étape du cycle durant laquelle l'apprenant vérifie, en réalisant une nouvelle expérience planifiée, la véracité ou

l'«applicabilité» des conceptions élaborées dans la phase précédente. C'est grâce à cette dernière phase que le transfert de l'apprentissage est possible.

Bien qu'utilisé comme base de planification éducative, le modèle de Kolb est intéressant, avant tout, du point de vue de l'apprenant. Toutefois, en tant qu'intervenant, le thérapeute peut référer à des modèles d'enseignement expérientiel pour planifier son intervention. Pfeiffer et Ballew (1988) et Walter et Marks (1981) ont proposé d'autres modèles éducatifs expérientiels. La Figure 4 présente un parallèle entre ces deux modèles et celui de Kolb (1984). Pfeiffer et Ballew (1988) schématisent également de façon cyclique l'apprentissage expérientiel mais en cinq étapes au lieu de quatre étapes comme Kolb. La terminologie utilisée par Walter et Marks (1981) fait ressortir davantage le rôle de l'intervenant.

Dans le modèle de Pfeiffer et Ballew (1988), les cinq étapes sont: l'expérience vécue («experiencing»), la publication («publishing»), le traitement des données («processing»), la généralisation («generalizing») et l'application («applying»). La phase d'expérience vécue a pour objectif de faire vivre une expérience concrète. Les phases de publication et de traitement des données au cours desquelles on demande à l'apprenant de verbaliser et de réfléchir sur son expérience suscitent l'observation réfléchie. La phase de généralisation au cours de laquelle on demande à l'apprenant de généraliser à plusieurs situations, sert à déclencher la conceptualisation abstraite. Et enfin, la phase d'application dans laquelle on demande à l'apprenant de tirer des implications pratiques, amorce l'expérimentation active.

Pour réaliser chacune des étapes du cycle, Pfeiffer et Ballew (1988) proposent des outils pédagogiques aux éducateurs tels que des questions-clefs, des stratégies pour développer la

Kolb (1984)	Pfeiffer et Ballew (1988)	Walter et Marks (1981)
		Planification
		Introduction
Expérience concrète	Experiencing	Activité
Observation réfléchie	Publishing	Débreffage
	Processing	
Conceptualisation abstraite	Generalizing	Synthèse
Expérimentation active	Applying	
		Évaluation

Figure 4. Comparaison entre les modèles expérientiels de Kolb (1984), de Pfeiffer et Ballew (1988) et de Walter et Marks (1981).

généralisation, pour induire l'observation et la production de données. Par exemple, pour favoriser la généralisation, on peut demander d'imaginer une situation concrète à la maison qui ressemble à celle vécue en situation d'apprentissage. De plus, les auteurs explicitent les paramètres à prendre en considération lors de l'élaboration d'une activité éducative (Pfeiffer et Ballew, 1980).

Pour Walter et Marks (1981), l'apprentissage expérientiel se définit comme «une séquence d'événements comportant un ou plusieurs objectifs d'apprentissage identifiés et exigeant des participants une implication active à un ou plusieurs moments de la séquence» (p.1). Walter et Marks abordent donc l'apprentissage expérientiel du point de vue de l'intervenant et se préoccupent davantage de préciser un modèle éducatif que de définir un processus d'apprentissage. En tant que modèle éducatif, l'apprentissage expérientiel comporte, selon ces auteurs, six phases: la planification, l'introduction, l'activité, le débreffage (traduction confirmée par l'Office de la langue française de «debriefing»), la synthèse («summary») et l'évaluation. Chaque phase s'appuie sur la précédente tout en exigeant du leader (c'est le terme qu'ils

utilisent) des conduites particulières. De plus, les auteurs ajoutent une phase d'évaluation de la session éducative par le leader.

La **phase de planification** a pour but d'élaborer et d'organiser l'expérience d'apprentissage, laquelle peut comporter une ou plusieurs activités spécifiques. Elle a deux composantes qui sont la prise de décision concernant le design de l'expérience et la préparation des parties spécifiques de l'expérience. C'est durant cette phase que l'intervenant identifie les besoins des apprenants, les objectifs d'apprentissage et sélectionne les activités.

La **phase d'introduction** comporte, pour l'intervenant, des conduites différentes selon que l'on se situe au niveau de l'expérience globale ou d'une activité spécifique. L'introduction à l'expérience globale a d'abord pour but de créer le climat d'apprentissage désiré, particulièrement en soulevant les questions d'implication personnelle de l'apprenant dans son apprentissage, d'ouverture à l'expérience, de prise de risque et d'attention au processus lui-même. Elle a aussi pour but de donner le ton à l'expérience entière en responsabilisant l'apprenant face à son apprentissage (prise de conscience des attentes, etc.). L'introduction à une activité spécifique a, de son côté, l'objectif de présenter l'activité aux apprenants et de clarifier leur rôle et leur responsabilité dans celle-ci. Cette introduction doit encourager les apprenants à réagir de manière constructive face aux sentiments éprouvés au cours de l'activité.

La **phase d'activité** a pour but de placer l'apprenant dans une série d'événements qui lui permet de vivre une expérience particulière (l'expérience concrète). Le leader doit mener l'activité tout en respectant la séquence (ordre, perspective et moments opportuns) et la synchronisation (attentes, rythme de l'apprenant, conscience du temps) des instructions.

La **phase de débreffage** donne l'occasion à l'apprenant d'échanger sur l'activité en se centrant à la fois sur le contenu et sur le processus afin de favoriser un apprentissage plus général, donc à susciter particulièrement l'observation réfléchie. Le débreffage a trois objectifs: 1) clarifier les détails, la structure et le sens de l'expérience, 2) faciliter l'acquisition et la rétention et 3) augmenter l'efficacité des apprentissages futurs.

La **phase de synthèse** a pour objectif principal d'améliorer l'emmagasinage et le rappel des apprentissages et de développer les structures cognitives permettant d'organiser et de donner du sens à l'expérience. Elle demande à l'apprenant de la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. La synthèse diffère selon qu'elle porte sur l'expérience globale ou sur une activité particulière. La synthèse pour une activité spécifique a trois fonctions: 1) assurer le lien entre l'activité et les objectifs d'apprentissage en faisant ressortir les éléments du contenu et du processus les plus pertinents par rapport aux objectifs d'apprentissage poursuivis, 2) faire le lien entre la théorie issue des recherches dans le domaine et le vécu des participants dans l'activité et 3) généraliser les apprentissages et en tirer des applications possibles. La synthèse pour l'expérience globale a deux fonctions: 1)l'intégration de l'expérience d'apprentissage et 2) le transfert des apprentissages importants à d'autres contextes. Ce transfert peut être facilité en soulignant les différences entre la «culture» créée dans le contexte d'apprentissage et celle «à la maison», en établissant des objectifs, des plans et des contrats.

La **phase d'évaluation**, la sixième et dernière phase, a pour fonction de déterminer l'efficacité de l'expérience d'apprentissage. L'évaluation est conçue comme un processus continu, déjà amorcé lors de la phase de planification et qui peut porter aussi bien sur une simple activité que sur l'expérience entière.

Le quatrième modèle éducatif est la taxonomie expérientielle d'apprentissage expérientiel de Steinaker et Bell (1979). Ce modèle comporte cinq étapes qui sont l'ouverture, la participation, l'identification, l'intériorisation et la dissémination. L'**ouverture** est l'étape où l'apprenant démontre une ouverture à l'apprentissage et se fixe une intention d'apprentissage. La **participation** est la seconde étape où l'apprenant cherche activement à reproduire une demande et amorce une vérification de l'apprentissage. L'**identification** est reconnue comme étant l'étape où l'apprenant maîtrise son apprentissage. L'apprenant est totalement engagé. Durant l'étape d'**intériorisation,** les apprentissages réalisés sont appliqués à d'autres situations. Et enfin, la **dissémination** amène chez l'apprenant un désir de stimuler les autres à apprendre ce qu'il a lui-même appris.

L'approche expérientielle nous fournit différents modèles éducatifs. Le modèle de Kolb, bien qu'utilisé comme base de planification éducative, est intéressant, avant tout, du point de vue de l'apprenant. Les modèles de Pfeiffer et Ballew (1988) et Walter Marks (1981) mettant davantage l'accent sur l'élaboration et la gestion d'activités éducatives. Le modèle de Steinaker et Bell fait ressortir l'aspect affectif alors que les trois autres modèles sont davantage axés sur le côté cognitif.

1.3.2. L'approche éducative expérientielle en ergothérapie

Dans un cadre conceptuel humano-cognitiviste, diverses interventions ergothérapiques pourraient bénéficier de l'approche expérientielle. Ce sont les interventions dont la finalité est une transformation du savoir-être (objectif affectif) telle que prise de conscience de l'image de

soi, acceptation d'une diminution de fonction physique. Les modalités de ces interventions sont diverses telles que l'enseignement de principes de protection du dos, l'enseigement de principes de gestion d'énergie.

De plus, l'approche expérientielle semble susciter chez le client un apprentissage réel et significatif grâce à la prise de conscience profonde qui se généralise à d'autres sphères. Thiagarajan (1980) signale également la durabilité et la résistance des apprentissages effectués. Il souligne aussi l'efficacité de cette approche pour les apprentissages d'ordre affectif. L'approche expérientielle permet de vérifier de manière continue l'apprentissage. La structure de cette approche exige régulièrement que le client ou l'apprenant énonce ce qu'il apprend et envisage comment il peut appliquer ce qu'il a appris. En rendant l'individu responsable de son apprentissage et en se souciant de l'intégration des apprentissages, l'approche expérientielle renforce le niveau d'intention visée lors de l'intervention ergothérapique. Les thérapeutes pourraient également s'assurer davantage que le patient (client) transfère les connaissances nouvellement acquises à d'autres situations puisque la capacité de transférer les acquis d'une situation à l'autre est directement visée dans l'approche expérientielle (Pfeiffer et Ballew, 1980). Ce transfert est vérifiable au moment de la phase d'expérimentation active (ou «applying»). Il apparaît donc que l'approche expérientielle peut aider à maximiser l'intervention ergothérapique.

Le contexte socio-économique actuel impose une diminution des coûts des soins hospitaliers tout en visant une augmentation de la qualité et de l'efficacité des soins. Dans cet esprit, une recherche qui aiderait à tout autre utilisateur potentiel (ergothérapeute sans formation en éducation) à évaluer sa démarche et à appliquer une approche éducative maximisant

l'intervention clinique est indiquée. L'étude de ce processus d'appropriation pourrait également aider à mieux cerner les besoins de formation des ergothérapeutes.

Dans cette recherche, des séances d'ergothérapie selon l'approche expérientielle ont été élaborées. De l'application clinique de l'approche expérientielle, un modèle personnalisé et mieux adapté au contexte thérapeutique a émergé. Ce modèle émergeant est une combinaison des modèles de Pfeiffer et Ballew (1988) et Walter et Marks (1981), c'est-à-dire les deux premières phases et la dernière phase de Walter et Marks (1981) ainsi que des quatre étapes de Pfeiffer et Ballew (1988):

Planification
Introduction (générale et spécifique)
Expérience vécue
Publication et traitement des données
Généralisation
Application
Evaluation

Les phases de planification, introduction et évaluation de Walter et Marks (1981) ont été retenues parce qu'elles apparaissent clairement indiquer à l'éducateur son rôle au niveau de l'élaboration, la planification et l'évaluation des activités éducatives.

Le modèle de Pfeiffer et Ballew (1988) a été retenu parce qu'il fournit des outils pédagogiques précis pour chacune des phases. De plus, comme chacune des étapes de ce modèle correspond à une étape de Kolb (1984), il est utile de pouvoir pairer le rôle de l'éducateur et le processus de l'apprenant, pour suivre et évaluer sa démarche d'enseignement.

Toutes les séances d'ergothérapie ont été révisées par un connaisseur en apprentissage expérientiel. Pour assurer un savoir et un savoir-faire en approche expérientielle, dans le cadre

de la formation à la maîtrise, des cours et des lectures dirigées sur cette approche ont été réalisés.

Pour terminer ce chapitre, le questionnement de la recherche sera élaboré.

1.4. Le questionnement de la recherche

S'approprier une nouvelle approche éducative dans la pratique d'une ergothérapeute entraîne des changements dans la manière de concevoir, planifier et réaliser l'intervention. En effet, l'approche expérientielle, par l'attitude non directive de l'intervenant, fournit des modèles éducatifs très différents de celui habituellement utilisé en clinique par les ergothérapeutes qui est essentiellement plus directif dans l'acquisition de nouveaux apprentissages. Reed (1984), un auteur-clef en ergothérapie, situe dans *Models of practice in Occupational therapy* les théories de l'apprentissage relatives à la pratique de la profession sous le méta-modèle mécanistique. Pourtant l'Association canadienne des ergothérapeutes préconise une approche systémique du client qui s'appuie sur une vision holistique de la personne. Pour respecter la philosophie de la profession, les théories de l'apprentissage dérivant du courant humaniste devraient également être utilisées par les ergothérapeutes dans leur pratique. L'adoption du modèle éducatif expérientiel dans la pratique de l'ergothérapie est justifée puisque l'approche expérientielle dérive de prémisses similaires aux prémisses sur lesquelles s'appuie la pratique de l'ergothérapie. Donc, s'approprier l'approche éducative expérientielle amène non seulement une meilleure cohérence entre le système de valeurs de la profession et celui véhiculée dans l'intervention ergothérapique mais aussi une confrontation avec l'approche habituellement utilisée. Dans ce

contexte, s'approprier l'approche éducative expérientielle pose un défi et on peut se demander comment se réalise cette adoption, (cette appropriation). L'appropriation et l'intégration de l'approche expérientielle par l'ergothérapeute (intervenant) suppose un changement attitudinal et comportemental et on peut se demander quel en est le processus, c'est-à-dire quelles sont les phases séquentielles menant à cette appropriation (Legendre, 1988).

Comme thérapeute, la personne elle-même est un agent de changement et, par son attitude et ses comportements, elle transmet des valeurs. Si l'on veut assurer une cohérence entre les valeurs personnelles et les valeurs de la profession, il faut donc que les thérapeutes s'approprient un savoir, un savoir-faire et un savoir-être d'une approche sous-tendue par ces dites valeurs. S'approprier ne signifie pas seulement apprendre une technique ou une statégies mais aussi, et plus spécifiquement «l'intégration de nouvelles connaissances de telle sorte que ces connaissances fassent partie de l'identité de la personne et de son système de valeurs» (Boud, Keogh, Walker, 1985). Il nous apparaît tout indiqué d'étudier le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute,à travers le vécu de cette intervenante. Le vécu réfère aux comportements, aux attitudes et aux émotions ressenties durant le processus.

CHAPITRE II

2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le foyer de cette recherche est le processus d'appropriation d'une approche éducative à travers le vécu d'une ergothérapeute. La méthodologie de la recherche est qualitative avec une méthode d'analyse phénoménologique. Selon Brookfield (1990), l'approche phénoménologique offre un cadre tout à fait approprié pour étudier une démarche d'apprentissage telle que vécue par un adulte. L'approche phénoménologique est une méthode de recherche dont la primauté est le sens que les protagonistes donnent de l'expérience qu'ils ont vécu. Le foyer de cette recherche est de comprendre un processus d'appropriation à travers le vécu d'une personne, la méthodologie de la recherche qualitative phénoménologique est pertinente à cette problématique.

La particularité de cette recherche est que le chercheur est également l'ergothérapeute-intervenante. Cependant, pour bien comprendre la méthodologie de la recherche, nous parlerons du chercheur et de l'ergothérapeute comme étant deux personnes différentes.

Pour déterminer la transférabilité de cette recherche qualitative, les caractéristiques essentielles de l'informant principal et des sites de recherche seront données. De plus, les limites

temporelles de la recherche seront posées. Enfin, il y aura une description succinte et précise des modes de cueillette de données.

2.1. L'informant

L'ergothérapeute dont le processus d'appropriation est l'objet de la recherche est l'informant principal de cette recherche.

Au début de la recherche, cette ergothérapeute avait 7 années d'expérience de travail dans un hôpital communautaire dont 3 ans avec une clientèle psychiatrique, 3 ans avec une clientèle gériatrique et 1 an avec une clientèle de soins aigus (clientèle adulte). Elle était motivée à trouver d'autres façons de travailler et avait l'intention de pousuivre des études post-graduées. Donc, cet informant peut être considéré représentatif d'une certaine catégories d'ergothérapeutes: les ergothérapeutes ayant une expérience clinique valable (de plus de cinq ans) avec une clientèle variée et motivés à trouver d'autres façons de travailler.

2.2. Les sites de la recherche.

Comme l'objet de la recherche est le processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute (PAAEE), les sites de recherche sont multiples (maison, travail, milieu scolaire). Pour situer et mieux comprendre le contexte de la recherche, les principaux événements de la recherche seront décrits. Durant l'année 1988, l'ergothérapeute travaillait dans le milieu hospitalier et ressentait un malaise dans sa pratique professionnelle.

Pour pallier au malaise ressenti, l'intervenante a décidé, à l'automne 1988, de s'inscrire à un programme de maîtrise en éducation, puisqu'elle identifiait que son malaise était relié à la composante «éducative» de sa tâche. De l'automne 1988 à l'été 1989, elle suit les cours requis dans le cadre de la maîtrise et débute son projet de recherche pour sa thèse tout en poursuivant son travail de clinicienne. L'été et l'automne 1989 ont été consacrées à l'arrivée d'un enfant, ce qui s'est traduit par un congé de maternité au travail et deux sessions d'absence autorisée à l'université. Elle continuait ses lectures dans le but de faire avancer son projet de recherche.

À la session d'hiver 1990, l'intervenante reprend son travail à l'hôpital et ses cours à l'université. À l'été 1990, elle change de fonction, passant de clinicienne à chef de service. Une autre absence autorisée lui est accordée au cours de cette session ainsi qu'à l'automne de la même année. À l'hiver 1991, la scolarité est terminée et elle s'inscrit en rédaction de thèse. C'est à partir de cette session, et jusqu'à l'automne 1991, que l'ergothérapeute applique l'approche expérientielle en clinique.

Deux sites apparaissent donc plus importants parce que présents de manière constante tout au long du processus de recherche. Ce sont le milieu de travail (Hôpital) et le milieu scolaire (Université). Ces deux milieux seront décrits brièvement et apparaîtront sous l'étiquette «hôpital» et «université».

2.2.1. Hôpital

L'hôpital dont il est question dans cette recherche est un hôpital communautaire, bilingue et à caractère francophone. C'est un milieu hospitalier traditionnel dont la mission est de

dispenser des soins généraux et des soins spécialisés de type thérapeutique, diagnostique et préventif. C'est dans le cadre des soins thérapeutiques que l'ergothérapie offre des services de réadaptation. Les applications cliniques de l'approche éducative expérientielle ont été réalisées dans le cadre des services d'ergothérapie offerts à une clientèle gériatrique en réadaptation. Une équipe multidisciplinaire dessert cette clientèle et comprend: un médecin, des infirmières, un physiothérapeute, une ergothérapeute, un récréologue, une diététiste, une travailleuse sociale, un pharmacien, un orthophoniste et un aûmonier.

2.2.2. Université

L'université réfère à un programme de maîtrise avec mémoire de recherche où l'étudiant doit déterminer son cheminement personnel en bénéficiant du support d'un tuteur. Tous les étudiants inscrits à ce programme doivent compléter les 4 activités suivantes: le tronc commun qui comprend 2 cours-groupe ainsi qu'un séminaire d'avant-projet de recherche et le séminaire sur le projet de recherche.

Quinze autres crédits (5 cours de 3 crédits chacun) doivent être complétés parmi une liste d'activités. Des cours-groupes et des cours supervisés sont offerts. Les cours-groupes sont des cours donnés à un groupe d'étudiants en salle de classe. Les cours supervisés sont des cours individuels qui permettent la réalisation d'une étude personnelle sur un sujet qui fera avancer le projet de recherche de l'étudiant. L'étudiant soumet au professeur son plan de cours. L'ergothérapeute durant sa maîtrise a suivi deux cours supervisés; l'un portait sur les styles d'apprentissage et l'autre sur l'approche expérientielle.

2.3. Les limites temporelles de la recherche.

S'approprier une nouvelle approche éducative en ergothérapie implique étudier l'approche, préparer, planifier et réaliser des séances selon cette approche éducative. Le début du PAAEE correspond à la période où un malaise a été ressenti et un besoin a été identifié suivi d'une action pour répondre à ce besoin. La fin du PAAEE correspond à l'atteinte d'un niveau d'autonomie dans l'application de l'approche éducative expérientielle par l'ergothérapeute-intervenante et à un niveau d'aisance par rapport à l'utilisation de l'approche expérientielle. Ce niveau d'autonomie est défini selon l'évaluation des compétences cliniques des étudiants en ergothérapie tiré du profil des compétences de l'association canadienne des ergothérapeutes et qui est utilisé pour évaluer les stagiaires en ergothérapie à travers le Canada. Six niveaux peuvent être atteints: compétent, autonome, supervision minime, aide requise, non compétent, observation ou essai seulement (Ernest, Polatajko, Burton, 1984). Le niveau « compétent» est le niveau maximal pouvant être atteint et il signifie que la personne se livre à une activité sans supervision ni aide et qu'elle effectue ses tâches rapidement et bien. Le second niveau de compétence est «autonome» et signifie que la personne accomplit une activité de manière satisfaisante sans aide ni supervision. Dans cette recherche le niveau de compétence visé est «autonome». Pour déterminer l'atteinte de ce niveau de compétence, il y a eu une auto-évaluation et une évaluation par un connaisseur de l'approche expérientielle. De plus, il y a eu une auto-évaluation du degré d'aisance à utiliser l'approche.

La cueillette de données a débuté en janvier 1990, date à laquelle le projet de recherche a été déposé. Comme le PAAEE avait déjà été amorçé, il y a eu un retour sur la période

précédant l'inscription au programme de maîtrise et le début de la maîtrise, soit de septembre 1988 à janvier 1990. Ce retour en arrière a donc été effectué avant le début de l'analyse de données. A partir de janvier 1990, les données ont été recueillies simultanément au PAAEE. Le PAAEE s'est terminé en avril 1992 (fin de la cueillette de données). Le PAAEE a commencé en avril 1988 (démarche pour admission à la maîtrise) et s'est terminé en avril 1992. Deux absences autorisées de huit mois chacune ont été prises ralentissant le processus puisque le travail relié à la maîtrise était réduit au minimum. Compte tenu de ces absences autorisées, le PAAEE a duré environ trente-deux mois.

2.4. La source primaire des données et les modes de cueillettes de données.

La source première des données pour comprendre le PAAEE est l'ergothérapeute elle-même. Pour bien comprendre son processus, divers modes de cueillettes de données ont été utilisées. L'emploi de divers modes de cueillettes de données minimisent les effets du milieu sur le chercheur (Bachelor et Joshi, 1986) et permettent une triangulation des données.

Le principal mode de cueillette de données a été le journal de bord de l'ergothérapeute. Ce journal de bord (Bachelor et Joshi, 1986) avait pour objectif de faire réaliser à l'intervenante un retour sur ses apprentissages et sur les changements réalisés durant le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle. L'ergothérapeute a reçu comme consigne d'y inscrire ses observations et ses réflexions durant l'étude et l'application de l'approche éducative expérientielle. L'ergothérapeute devait également noter tout ce qui se rattachait à l'environnement physique, l'activité, les actions, les buts poursuivis, les sentiments, les acteurs.

Ces composantes réfèrent à certaines catégories de Spradley (1980) pour la recherche sociale et peuvent constituer une prédétermination de catégories (Deslauriers, 1991). Le journal de bord de l'ergothérapeute contient donc des informations (réflexions et observations) en relation avec des cours magistraux, des cours supervisés, des lectures personnelles, des prises d'information, des applications cliniques de l'approche expérientielle ainsi que des expériences dans sa vie professionnelle et personnelles.

Tout au long du processus de recherche (rédaction du journal et analyse des données), des rencontres ont été réalisées en collaboration avec le directeur de mémoire et visaient la clarification, l'élaboration ou l'interprétation de certaines composantes du phénomène à l'étude, le PAAEE. Ces rencontres inspirées de l'entrevue en recherche phénoménologique se voulaient une période de réflexion sur les observations réfléchies (Brookfield, 1990). Ces rencontres ont été utilisées pour effectuer un retour sur la période automne 1988 à janvier 1990, soit avant la rédaction du journal de bord, et se sont poursuivies de janvier 1990 jusqu'à la fin du PAAEE qui correspond à avril 1992. Ces rencontres avaient lieu lorsqu'il y avait des apllications cliniques de l'approche expérientielle, lors de la préparation du projet de recherche de façon régulière (1 fois par 2 semaines) et lors de l'analyse des données (1 fois par deux semaines). Durant ces rencontres, il y avait soit prise de notes, soit enregistrement sur bande sonore.

2.5. Les sources secondaires de données

Une importante source secondaire de données a été les séances en ergothérapie au cours desquelles l'approche expérientielle a été appliquée. Pour recueillir ces données,

l'enregistrement sonore des séances d'ergothérapie a été utilisé. Ces données servent principalement à corroborer les données recueillies dans le journal de bord de l'ergothérapeute-intervenante et à évaluer le niveau de compétence de l'ergothérapeute par rapport à l'approche expérientielle.

Le dossier universitaire de l'ergothérapeute a été une source secondaire d'information permettant de valider certaines informations contextuelles et temporelles.

D'autres sources d'information étaient disponibles durant l'application clinique de l'approche éducative expérientielle soit le dossier du patient de même que les rencontres formelles et informelles avec l'équipe multidisciplinaire soignante. Les rencontres-discussion au sujet des patients avec lesquels l'approche a été utilisée ont également été enregistrées. Ces sources de données ont servi principalement à l'ergothérapeute-intervenant à déterminer l'application de l'approche éducative expérientielle, à ajuster ses interventions, à évaluer les effets de l'approche, à recueillir des informations comportementales et attitudinales sur le patient traité ainsi qu'à évaluer son degré de compétence vis-à-vis l'approche expérientielle.

Une autre source de données significatives qui permet de corroborer les données du journal de bord par rapport au PAAEE est le cadre théorique du projet de recherche. Comme le chercheur est l'ergothérapeute-intervenante et que le projet de recherche a été élaboré durant une période spécifique du PAAEE (essentiellement, durant les premiers mois de la rédaction du journal de bord), il nous permet d'y trouver des données quant à sa conceptualisation de l'approche expérientielle.

Les planifications écrites des sessions ergothérapiques selon l'approche expérientielle constituent une source de données permettant d'évaluer l'atteinte du niveau d'autonomie dans le PAAEE.

2.6. La phase d'introduction dans le site hospitalier de la recherche

L'ergothérapeute en tant qu'intervenante n'a jamais cessé d'être à l'emploi de l'hôpital. Donc, la voir intervenir dans ces lieux était normal pour les patients et les autres intervenants. Cependant, elle a du s'introduire comme chercheur auprès du personnel et des patients. Dès l'élaboration du projet de recherche, l'ergothérapeute a fait part à ses collègues de ses intentions de recherche. De plus, il a fallu que le projet de recherche soit approuvé par le Comité de direction de l'hôpital. Les patients concernés ont été informés plus spécifiquement des buts de la recherche et ont signé un formulaire de consentement qui a été inclus à leur dossier clinique (voir Appendice 1).

2.7. Le journal de bord du chercheur

Pour augmenter la fiabilité et la crédibilité de cette recherche, la tenue d'un autre journal de bord en tant que chercheur était essentielle (Guba et Lincoln, 1984). Dans cette recherche où le chercheur est l'intervenante, la tenue d'un journal de bord du chercheur est d'autant plus importante pour faciliter le changement de rôle, de bien distinguer ce qui relevait du processus de recherche de ce qui relevait du phénomène à l'étude. L'objectif était de permettre à

l'intervenante de mieux intégrer ses fonctions de chercheur et de lui permettre de prendre du recul vis-à-vis le processus de recherche et d'y inscrire ses changements d'orientation, ses réflexions sur la recherche et son rôle comme chercheur.

CHAPITRE III

3. L'ANALYSE DES DONNÉES

3.1. La procédure d'analyse des données

L'analyse des données recueillies a pour objectif de faire ressortir les unités significatives du processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute (PAAEE). Le journal de bord a été analysé selon la procédure systématique d'analyse de données qualitatives décrite par Bachelor et Joshi (1986).

Cette procédure comporte «une série d'opérations réduisant successivement les données brutes jusqu'à identification des caractéristiques structurales générales du phénomène» (p.50). La première opération de la procédure de Bachelor et Joshi (1986) est appelée «perception du sens global du texte à l'étude». Suite à une première lecture, le chercheur met en évidence le sens global du texte. La seconde étape, appelée délimitation des unités de signification naturelles consiste à subdiviser le texte à chaque fois que le sens de ce qui est exprimé subit une transformation. En troisième lieu, il y a délimitation du thème central, en enlevant les énoncés redondants et en conservant les énoncés principaux et significatifs. Lors de la quatrième étape, les thèmes centraux sont analysés en rapport avec l'expérience qui est mise à jour. Un langage

plus technique est alors utilisé. Enfin, la dernière phase, nommée définition fondamentale du phénomène étudié, consiste à faire une synthèse des énoncés descriptifs répondant à la question de recherche d'un point de vue relatif (spécifique à une personne) ou d'un point de vue général (relatif à plusieurs individus). Évidemment, dans la présente recherche, la description du phénomène étudié d'un point de vue général est impossible.

La première étape a été réalisée dans le journal de l'ergothérapeute. Des extraits du journal de bord illustrent les opérations décrites dans les étapes 2 à 4 de la procédure de Bachelor et Joshi (1986) (voir Appendice 2). La première colonne est la reproduction intégrale du journal de bord de l'ergothérapeute-intervenante divisé en unité de signification naturelle. La seconde et la troisième colonne correspondent à la délimitation des thèmes centraux respectifs et leur analyse sous le rapport du processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute. Les unités thématiques délimitées à la seconde étape de la procédure ont été numérotées.

Toutes les étapes de la procédure ont été suivies. Cependant d'autres sous- étapes ont été incorporées à la dernière étape. Ces sous-étapes ont facilité la synthèse des données. Elles avaient comme objectif de délimiter et d'ordonner chronologiquement les phases par lesquelles la thérapeute a passé au cours de l'appropriation de l'approche éducative expérientielle. La méthode de Bachelor et Joshi (1986) permet d'élucider le sens de ce qui est vécu en identifiant par un travail d'analyse la structure, c'est-à-dire découvrir ce qui relève de l'essence du processus vécu. Elle ne permet pas d'obtenir une description séquentielle d'un phénomène. Ces sous-étapes ont donc permis de circoncrire les phases et la séquence du processus.

La première de ces sous-étapes additionnelles a consisté à regrouper les éléments sous de grandes catégories: 1. Situation, espace, temps,contexte, 2. Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances, 3. Attitudes, sentiments, émotions 4. Effets. Ce tableau se retrouve à l'appendice 3. Tous les éléments de ces catégories réfèrent aux composantes de Spradley (1980). Pour parvenir à décrire un processus, l'établissement d'une chronologie était essentielle d'où la première catégorie: «Situation, espace, temps». Des autres données se dégageaient deux catégories: tout ce qui était liée à l'«action et à la réflexion» et tout ce qui était lié à la sphère «émotive». Enfin, la dernière catégorie: «Effets», semblait essentielle afin de pouvoir dégager les changements d'étapes et les événements déclencheurs.

Suite à ce regroupement, il devenait évident que l'ergothérapeute appliquait les connaissances acquises dans sa vie professionnelle et personnelle, bien qu'au début du processus les problèmes vécus relevaient uniquement de sa vie professionnelle. Les patrons de comportement comportaient plusieurs dimensions qu'il fallait mettre en évidence. Pour tenter de dégager ces dimensions, les conduites,les intentions, les buts ont été rattachées à l'une de ces trois sphères de la vie de l'intervenante: 1)la sphère personnelle; 2)la sphère éducative qui comprend la dimension «scolarité» et la dimension «mémoire de recherche» ; 3)la sphère professionnelle. Cette organisation des données a permis de visualiser que les connaissances acquises étaient d'abord appliquées dans sa vie personnelle et sa vie professionnelle et ce n'est que vers la fin du processus que les nouvelles connaissances acquises ont été appliquées dans la sphère éducative pour élaborer un modèle personnalisé.

Suite à l'élaboration de ces deux tableaux, les données ont été regroupées en étapes desquelles se dégageaient des thèmes ou moments de signification (voir Appendice 4).

permettant ainsi au processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute (PAAEE) d'émerger.

3.2. La structure fondamentale du phénomène à l'étude

La structure fondamentale relative du phénomène à l'étude est le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute. Dans un premier temps, nous décrirons donc la structure fondamentale du processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute. L'approche expérientielle étant une nouvelle approche éducative pour l'ergothérapeute clinicienne, à partir des données recueillies, il est possible de traiter du processus d'appropriation de l'approche expérientielle en tant que processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute. En deuxième lieu, nous décrirons le processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative. Dans ce processus, des étapes ou phases seront délimitées.

3.2.1. La structure fondamentale du processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute (PAAEE)

À cette étape de la recherche, il s'agit de décrire la structure fondamentale du phénomène à l'étude, c'est-à-dire de faire ressortir l'appropriation de l'approche expérientielle par l'ergothérapeute.

L'appropriation d'une approche éducative expérientielle par l'ergothérapeute débute lorsque celle-ci ressent un malaise dans sa planification des interventions de nature éducative. Elle réalise qu'il y a discordance entre sa façon d'intervenir très réductionniste et souvent directive alors qu'elle désire intervenir de manière non-directive, afin de permettre une participation plus active du patient dans le processus thérapeutique. Elle prend conscience de sa difficulté à assumer un rôle d'éducateur dans la relation ergothérapique et croit que si elle connaissait mieux le processus d'apprentissage, elle pourrait mieux respecter la démarche du client et faciliter davantage le processus thérapeutique. Elle éprouve alors le besoin d'augmenter ses connaissances relatives à l'apprentissage.

Elle décide de s'inscrire à un programme universitaire pour aller chercher des connaissances applicables dans ses interventions et améliorer ses compétences professionnelles. Durant la scolarité initiale, elle est stimulée par les notions acquises et les applique non seulement au plan professionnel mais aussi au plan personnel. Toutefois, tout en étant intéressantes, les connaissances ne répondent pas parfaitement au malaise ressenti initialement. Elle demeure à la recherche active d'une solution, au sens de trouver LA solution unique qui répondrait à son problème dans la dimension éducative de son intervention.

Elle découvre le modèle d'apprentissage expérientiel de David Kolb qui est vu comme LA solution au malaise ressenti au départ parce qu'elle croit que ce modèle va lui permettre d'atteindre les buts visés par l'ergothérapie dans toutes les circonstances. Elle est emballée par le modèle.

Elle utilise alors les concepts de ce modèle pour analyser des événements de sa vie personnelle et de sa vie professionnelle. L'ergothérapeute ne voit pas la distinction entre le modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb et l'approche expérientielle, l'approche se réduisant au modèle lui-même. Elle augmente ses connaissances sur le modèle, sur l'apprentissage et sur les modèles éducatifs. A cette occasion, elle est introduite à la notion de «famille de modèles d'apprentissage» qui lui permet de mettre en perspective le modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb par rapport à des modèles éducatifs d'autres familles.

Avec l'idée de vérifier son application en milieu clinique, elle décide d'appliquer le modèle de Kolb dans un cas où elle doit enseigner des principes ergonomiques. Elle éprouve alors un certain nombre de difficultés qu'elle attribue à l'absence de certains pré-requis personnels (manque de notions par rapport aux objectifs pédagogiques). Elle prend alors la décision de réduire ses lacunes en clarifiant par la lecture sa compréhension de certains concepts en éducation. Elle ne remet pas en question le modèle d'apprentissage expérientiel (Kolb) pour ses applications futures, le considérant encore comme LA solution. A la deuxième tentative d'application de ce modèle en clinique, elle éprouve certaines difficultés dans l'élaboration et dans l'intervention avec ce modèle. Elle se sent alors découragée face au modèle.

Elle redécouvre des modèles d'apprentissage expérientiel vus lors de cours précédents qui semblent répondre aux difficultés rencontrées avec le dit modèle. Il y a une prise de conscience de l'approche. Le modèle devient UN modèle parmi d'autres dans l'APPROCHE expérientielle.

Bien que chacun des modèles comporte des éléments pouvant répondre aux difficultés d'élaboration des interventions en ergothérapie, aucun des modèles ne peut répondre totalement aux difficultés. Elle continue tout de même à croire dans les valeurs de fond de l'approche sans être accrochée à un modèle particulier, sans être obligée d'abandonner l'approche même si un modèle ne fonctionne pas complètement. Elle planifie des interventions en puisant alors dans ces modèles des éléments répondant aux difficultés rencontrées avec le modèle initital (Kolb) et élabore ainsi un modèle d'intervention plus personnalisé. À cette occasion, elle récupère plusieurs connaissances sur l'apprentissage et l'éducation, acquises durant la formation.

Elle applique son modèle personnalisé dans une des sessions planifiées avec une patiente et obtient, malgré encore quelques difficultés à appliquer l'approche expérientielle, des résultats positifs. Elle décide de continuer à utiliser son modèle et à le développer. Elle applique son modèle personnalisé en ergothérapie avec une nouvelle patiente pour voir s'il va encore fonctionner, pour voir si son modèle est fiable. Des modifications mineures sont apportées à son modèle. Elle présente son modèle personnalisé à des collègues ergothérapeutes. Durant cette présentation, elle utilise son modèle personnalisé comme modèle éducatif. Elle propose un jeu de rôles comme expérience. A travers le jeu de rôles, elle réalise que ses collègues ont des attitudes et des comportements différents des intentions et des buts qu'ils visent, semblables à son attitude et ses comportements antérieurs. Au lieu de responsabiliser les patients et de les rendre plus autonomes, leur attitude et leurs comportements cherchaient à diriger les patients et à leur fournir toutes les solutions. Cette expérience rassure l'intervenante par rapport à sa connaissance de l'approche. Elle est capable de reconnaître si l'approche est bien appliquée ou non. Elle se sent de plus en plus à l'aise de l'appliquer. Cette expérience lui fait aussi prendre conscience qu'elle est elle-même devenue fondamentalement moins directive. Elle décide de

continuer à appliquer son modèle personnalisé en clinique pour le consolider, le raffiner. Elle est alors confrontée à des cas en ergothérapie pour lesquels elle juge le modèle non applicable (problèmes cognitifs, problèmes d'expression, problèmes de personnalité, négation par rapport à son handicap et refus de l'aide proposée). Elle applique avec succès son modèle personnalisé dans l'approche avec une cliente. Cette application permet à l'ergothérapeute d'affirmer qu'elle s'est appropriée l'approche éducative expérientielle, autrement dit, qu'elle a suffisamment intériorisé les valeurs de l'approche expérientielle pour que ces dernières se manifestent dans son savoir-faire professionnel.

3.2.2. La structure fondamentale du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute (PANAEE)

Suite à l'élaboration de la structure fondamentale de l'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute, la prochaine étape consiste à éliminer les éléments trop circonstanciels et à dégager les étapes qui définissent le phénomène plus général du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute. Sont donc éliminées les références particulières aux divers sites de recherche et au(x) modèle(s) éducatifs spécifiques.

Ce processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute se résume à huit étapes: 1) identification d'un problème, 2) recherche active de solutions, 3) découverte d'un modèle éducatif, 4) conceptualisation du modèle, 5) expérimentation du modèle, 6) prise de conscience de l'approche, 7) élaboration d'un modèle personnalisé dans l'approche et 8) intégration de l'approche éducative.

Identification d'un problème dans sa pratique professionnelle. En tant qu'ergothérapeute-clinicienne (professionnel de la santé), l'intervenante éprouve différents problèmes au niveau de ses interventions. Elle délimite ses problèmes à des manques de connaissances pour remplir adéquatement son rôle d'éducateur. Elle identifie un besoin d'augmenter ses connaissances relatives à l'apprentissage.

Recherche active de LA solution. La seconde étape débute par la prise de décision d'aller chercher dans un cadre éducatif formel des connaissances applicables dans son cadre professionnel. Elle étend les connaissances acquises aux sphères de vie personnelle et professionnelle. Elle a une attitude expérimentale face aux connaissances acquises.

Découverte d'un modèle éducatif. La troisième étape prend forme lorsqu'elle découvre un modèle éducatif qu'elle perçoit pertinent, qu'elle considère comme LA solution au malaise ressenti au départ. Cette découverte est accompagnée d'un emballement pour le modèle d'intervention.

Conceptualisation du modèle. C'est dans cette phase que l'ergothérapeute valide conceptuellement le modèle éducatif en appliquant des concepts du modèle dans sa vie de tous les jours (vie personnelle et vie professionnelle). Elle prend conscience du modèle en tant que modèle d'apprentissage. Il y a distinction entre modèle d'apprentissage et modèle d'enseignement. Elle ressent le besoin de situer ce modèle par rapport à d'autres modèles d'intervention en éducation. Elle apprend à différencier les concepts internes du modèle. Elle situe le modèle conceptuellement, en inscrivant le modèle dans une famille de modèles et en apprenant des modèles d'autres familles, ce qui permet d'amorcer une distanciation par rapport à ce dit modèle d'intervention.

Expérimentation du modèle. Dans la cinquième étape, elle applique inconditionnellement le modèle en contexte professionnel. Le modèle est encore synonyme d'approche. La confrontation à la réalité amène une prise de conscience de l'absence de certains pré-requis en éducation et une démarche d'approfondissement des pré-requis manquants. Elle applique une autre fois, de façon inconditionnelle, le modèle éducatif. Les difficultés alors rencontrées produisent un découragement.

Prise de conscience de l'approche. Cette fois, la confrontation à la réalité provoque un changement, une ouverture à d'autres modèles de la même approche éducative. Dans cette sixième phase, l'intervenante prend conscience de l'approche dans laquelle s'inscrivent les modèles d'intervention, permettant ainsi à l'intervenante d'être plus axée sur l'approche que sur un modèle particulier. Le modèle éducatif se différencie maintenant de l'approche éducative.

Élaboration d'un modèle personnalisé. Dans cette phase, consciente de ses besoins en tant que professionnelle et plus consciente des caractéristiques spécifiques de chacun des modèles, l'intervenante élabore un modèle personnalisé d'intervention dans le cadre de l'approche.

Intégration de l'approche éducative. En dernier lieu, apparaît la phase d'intégration de l'approche. L'ergothérapeute valide, par une application pratique, son modèle personnalisé. Elle partage son modèle avec des collègues. À travers le partage et les applications pratiques du modèle, elle prend conscience des changements attitudinaux et comportementaux chez elle, tels que le passage d'une attitude plus directive à une attitude moins directive et le passage à un comportement de retrait laissant davantage de place à l'apprenant. Par la suite, elle raffine le modèle éducatif, en l'appliquant dans sa tâche professionnelle.

En résumé, poussée par des problèmes dans sa vie professionnelle, l'ergothérapeute va à la recherche de LA solution. Elle découvre un modèle éducatif. Une phase conceptuelle du modèle éducatif s'en suit qui comprend: la validation conceptuelle du modèle de même que l'approfondissement de la connaissance du modèle. À cette phase conceptuelle du modèle succède une phase d'expérimentation du modèle éducatif incluant l'application inconditionnelle du modèle, la confrontation à la réalité, l'approfondissement de pré-requis en éducation, une deuxième application inconditionnelle du modèle amenant une autre confrontation à la réalité qui provoque, cette fois, une prise de conscience de l'approche éducative. Une phase d'intégration des connaissances s'amorce alors et aboutit à l'élaboration d'un modèle éducatif personnalisé dans l'approche. Enfin, une phase d'intégration de l'approche débute. Elle inclut la validation pratique du modèle, un début de diffusion du modèle personnalisé, une prise de conscience des changements d'attitudes et de comportements qui se sont effectués chez l'intervenante et enfin le raffinement du modèle personnalisé.

CHAPITRE IV

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Selon une méthodologie qualitative, une recherche est évaluée selon des critères de crédibilité (validité interne), de fidélité, de confirmation et de transférablilité (validité externe) (Guba et Lincoln, 1985). La présente recherche sera donc soumise à ces critères d'évaluation. Mais avant d'explorer ces critères, il est important de discuter d'une particularité de cette recherche soit la dualité chercheur et acteur. Un aspect important de cette dualité pose des problèmes déjà soulevés par la recherche de nature «observation participante»: une tension entre observer et participer (Fortin, 1987). Il est donc important de bien délimiter pour le chercheur le foyer de la recherche. Dans cette présente recherche, comme l'observation du processus d'appropriation d'une approche éducative expérientielle se faisait chez l'ergothérapeute, la création du journal du chercheur s'est avéré un outil essentiel pour focaliser l'observation sur l'objet de la recherche et permettre une distanciation suffisante pour l'observation, ce que Fortin (1988) appelle une «distance critique». Le danger de cette dualité aurait pu être dans le fait d'avoir voulu influencer la recherche en voulant prouver ou démontrer un modèle particulier. Or un fait d'importance cruciale est que l'ergothérapeute intervenante ne connaissait pas, au moment de l'appropriation proprement dite de l'approche éducative expérientielle, ni au cours de l'analyse des données, les modèles d'appropriation ou de changement qui serviront plus loin à la triangulation théorique, à savoir les modèles de Edmond Marc (1985) et de Jack Mezirow (1991).

Par conséquent, il est clair qu'elle ne voulait pas démontrer ou prouver un modèle particulier. Les étapes du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute (PANAEE) sont donc des phases émergeantes. Par contre, un avantage important est la disponibilité et l'ouverture totale de l'informant.

4.1. La transférabilité de la recherche

La contextualisation d'une recherche et la représentativité des moments de cueillette de données en assurent la transférabilité. Les sites principaux de la recherche sont clairement identifiés de même que leurs caractéristiques principales (site hospitalier et milieu universitaire). Les moments de cueillette de données sont constants durant tout le phénomène à l'étude. Tout autre chercheur pourrait répliquer cette recherche.

4.2. La confirmation de la recherche

La confirmation d'une recherche signifie que les résultats de la dite recherche émergent de données qui ont été recueillies selon différentes méthodes et que ses résultats proviennent réellement des données et ne sont pas l'apanage du chercheur. Différentes méthodes ont été utilisées pour recueillir les données: le journal de bord et les entrevues en sont les principales. De plus, ces données ont été corroborées avec des sources secondaires d'information et la méthode d'analyse des données suivie est essentiellement émergeante (méthode de Bachelor et Joshi, 1986).

4.3. La fiabilité de la recherche

La fiabilité d'une recherche réside dans la stabilité du processus de recherche. Dans cette recherche, la dualité chercheur-acteur aurait pu influencer le processus de recherche. La tenue d'un journal de bord du chercheur s'est avérée un outil essentiel pour éviter au chercheur de n'être que dans l'action et lui faciliter des périodes de réflexion, pour assurer un processus de recherche stable en permettant au chercheur d'objectiver sa démarche de recherche.

4.4. La crédibilité de la recherche.

La crédibilité d'une recherche réfère à la validité interne de celle-ci. La crédibilité d'une recherche implique que le processus de recherche réponde au questionnement de la recherche. A ce titre, les moyens suivants ont été utilisés: présence prolongée sur les sites de recherche, journal de bord du chercheur, utilisation de plusieurs modes de cueillette de données, contextualisation de l'informant, triangulation des données. La triangulation théorique est un autre moyen dont parle Guba et Lincoln (1985) pour rendre crédibile une recherche. Dans cette optique, les résultats de cette recherche, c'est-à-dire le PANAEE, seront comparés à d'autres théories de changement ou de transformation (triangulation théorique des résultats): la taxonomie expérientielle de Steinaker et Bell (1979), le changement thérapeutique selon Marc (1985) et la transformation de perspective de Mezirow (1981, 1991). Ces théories ont été choisies parce qu'elles tentent de décrire un processus d'appropriation, c'est-à-dire une séquence de phases menant à un changement, à une transformation au sens d'intégration des connaissances dans le système de valeurs de la personne, dans son identité personnelle. La notion de changement

et d'intégration aux système de valeurs de la personne est une notion centrale dans le processus d'appropriation à l'étude. La notion de changement est habituellement associée à la thérapie. La théorie de Marc (1985) est par conséquent très intéressante puisqu'elle tente de dégager des étapes au processus de changement peu importe l'approche thérapeutique. Mezirow (1990 par contre décrit un processus de transformation ou de changement dans un contexte similaire à la présente recherche. Steinaker et Bell (1979) utilisent la taxonomie expérientielle pour décrire un processus de changement. La taxonomie expérientielle dérive de l'approche expérientielle qui en constitue les fondements théoriques. Et en ce sens, il est indiqué de comparer le processus à l'étude et le processus de changement selon ces deux auteurs.

4.5. La taxonomie expérientielle d'apprentissage de Steinaker et Bell

Steinaker et Bell (1979) décrivent l'apprentissage expérientiel selon cinq étapes: ouverture, participation, identification, intériorisation et dissémination. En comparant le processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute aux étapes de la taxonomie expérientielle de Steinaker et Bell (1979), des similarités et des différences de comportements et d'attitudes sont présentes. Le Tableau 1 présente les deux modèles en parallèle. La première étape de Steinaker et Bell (1979), l'ouverture se définit comme une exploration de différents objets d'apprentissage avec intention de poursuite d'un objet d'apprentissage. Cette étape correspond aux trois premières étapes du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute, plus précisement aux étapes d'identification du problème, de recherche active de la solution (exploration) et de découverte d'un modèle éducatif. L'étape suivante de Steinaker et Bell (1979), la participation, est décrite par les

Tableau 1. Mise en parallèle des étapes du PANAEE et celles de la taxonomie expérientielle d'apprentissage de Steinaker et Bell (1979)

PANAEE	TAXONOMIE EXPÉRIENTIELLE DE STEINAKER ET BELL
Identification d'un problème	Ouverture
Recherche active de LA solution	
Découverte d'un modèle éducatif	
Conceptualisation du modèle	Participation
Expérimentation du modèle	
Prise de conscience de l'approche	*Aucune étape équivalente*
Élaboration d'un modèle personnalisé	*Aucune étape équivalente*
Intégration de l'approche éducative	*Aucune étape équivalente*
Présent tout au long des étapes	Identification
Présent tout au long des étapes	Intériorisation
Présent tout au long des étapes	Dissémination

auteurs comme une étape où l'apprenant tente de reproduire des comportements. L'apprenant est alors dans un processus de vérification. Cette étape a comme correspondant les étapes de conceptualisation du modèle et d'expérimentation du modèle éducatif.

Il n'y a pas, dans le modèle de Steinaker et Bell, d'étapes correspondantes aux trois étapes subséquentes, c'est-à-dire la prise de conscience de l'approche, l'élaboration du modèle personnalisé et l'intégration de l'approche. Les phases d'identification et d'intériorisation de la taxonomie expérientielle ne sont pas des étapes bien délimitées dans le processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute. Elles correspondent plutôt à des attitudes et des comportements présents dans les étapes. L'intériorisation réfère au fait qu'un apprenant applique ses nouveaux apprentissages dans des situations variées et que ses nouveaux apprentissages influencent son style de vie, ses habitudes. Ce comportement est

présent dès le début du processus d'appropriation et se maintient jusqu'à l'étape d'élaboration d'un nouveau modèle personnalisé dans l'approche. L'étape d'identification est l'engagement personnel de l'apprenant, la clarification de la valeur du nouvel apprentissage. Tout au long du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute, l'engagement personnel est présent et le besoin de cohérence entre les valeurs du nouvel apprentissage et les valeurs personnelles et professionnelles est clairement identifié et constitue le point de départ de la remise en question (intention visée versus résultats).

Enfin, la dernière étape selon Steinaker et Bell (1979) est une étape de dissémination c'est-à-dire de partage des acquis, des effets bénéfiques et de stimulation du désir d'apprendre chez les autres (emballement). Encore une fois, ce comportement est présent tout au long du processus. L'ergothérapeute mentionne son emballement dans son journal de bord lorsqu'elle parle des apprentissages qu'elle réalise. De façon plus formelle, il y a partage ou diffusion officielle à la fin du PANAEE lors de l'atelier que l'ergothérapeute a donné à ses collègues.

Dans cette taxonomie expérientielle, le vécu de l'apprenant va de l'ouverture à l'apprentissage, à la modification de comportements et de valeurs à l'acquisition de nouveaux comportements. Dans le PANAEE, l'apprenant va de l'ouverture de l'expérience à une modification de comportements et de rôles pour mieux adhérer à ses valeurs personnelles et professionnelles.

4.6. Le processus de changement thérapeutique selon Edmond Marc

Tableau 2. Mise en parallèle des étapes du PANAEE et celles du processus de changement thérapeutique selon Edmond Marc (1985)

PANAEE	PROCESSUS DE CHANGEMENT THÉRAPEUTIQUE SELON EDMOND MARC
Identification d'un problème	*Aucune étape équivalente*
Recherche active de LA solution	Demande d'aide
Découverte d'un modèle éducatif	*Aucune étape équivalente*
Conceptualisation du modèle	Actualisation de la névrose
Expérimentation du modèle	
Prise de conscience de l'approche	Le lâcher-prise
Élaboration d'un modèle personnalisé	Intégration
Intégration de l'approche éducative	

Edmond Marc (1985) parle de quatre grandes étapes dans le processus de changement thérapeutique: la demande d'aide, l'actualisation de la névrose, le lâcher-prise et la restucturation. Le Tableau 2 présente les étapes de ce processus de changement et les étapes du PANAEE. La demande d'aide correspond à la recherche active de la solution dans le processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute. L'actualisation de la névrose et le lâcher-prise sont très contextuels à une situation thérapeutique et le langage utilisé pour décrire ces étapes est spécifique au monde de la thérapie. Toutefois, nous pourrions jumeler l'étape d'actualisation de la névrose aux étapes de découverte d'un modèle éducatif, conceptualisation du modèle et expérimentation du modèle, au sens où, dans ces étapes, l'ergothérapeute présente des comportements qui, pour elle, sont la répétition de comportements antérieurs à éliminer. Ces comportements sont de deux ordres: la mise en oeuvre d'une attitude réductionniste dans la recherche d'une seule solution et la mise en oeuvre de patrons de comportement directifs d'intervention dans les applications cliniques de la nouvelle approche éducative. Le lâcher-prise correspondrait à l'étape de prise de conscience de

l'approche. Le lâcher-prise réfère alors à l'abandon d'un modèle particulier et de vieux patrons de comportements dans les interventions (attitude directive). Et finalement, l'intégration serait en fait l'étape d'élaboration d'un modèle personnalisé et de l'intégration de l'approche.

Edmond Marc (1985) identifie différents moteurs du changement dans la relation thérapeutique sans égard à l'approche utilisée par le thérapeute (orientation rogérienne, orientation psychanalytique...): l'expression libre, la catharsis, la prise de conscience, le plaisir et la frustration, la modification comportementale. Dans le processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute, la prise de conscience et la modification comportementale sont clairement identifées et présentes. Edmond Marc (1985) décrit la prise de conscience comme «une attention, une ouverture à des perceptions, des sensations, des sentiments et des attitudes qui étaient pré-conscientes» (p.169). La prise de conscience de l'approche dans laquelle s'inscrivait le modèle lors du processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute a permis d'établir de nouveaux liens entre des modèles perçus de façon plus ou moins isolée et d'élaborer un modèle d'intervention personnalisé dans le cadre d'une approche spécifique. L'intégration est, selon Marc (1985), une conséquence du changement. Elle est le fruit de la prise de conscience, de l'acceptation, tout comme l'élaboration du modèle personnalisé est l'effet de la prise de conscience de l'approche.

La modification comportementale est un élément permettant de déterminer le changement. Des changements de comportement ont été notés suite à l'appropriation de l'approche éducative par l'ergothérapeute. Ces changements de comportements démontrent une plus grande confiance dans la capacité du client à gérer ses apprentissages et respectent les valeurs sous-tendant la profession de l'ergothérapeute. Dans le processus à l'étude, l'adoption de nouveaux

comportements a sans doute été possible grâce à la prise de conscience de l'approche qui a empêché de scléroser en limitant l'approche à un seul modèle et peut-être même d'abandonner le processus.

Marc (1985) parle également des caractéristiques du changement en terme de passage de la rigidité à la souplesse, de la fermeture à l'ouverture, de la répétition à la créativité. L'ergothérapeute, en s'appropriant une nouvelle approche éducative, a réussi à devenir créatrice en élaborant un modèle d'intervention. Elle s'est ouverte à différents modèles à travers l'ouverture à une approche. L'ergothérapeute ne répète plus des comportements mais agit selon de nouveaux comportements adhérant mieux à ses valeurs personnelles et professionnelles.

4.7. La transformation de perspective de Jack Mezirow

Mezirow (1981) conçoit l'apprentissage adulte comme une transformation de perspective avec une augmentation de la conscience critique. Une augmentation de la conscience critique qui se veut non seulement des habitudes de perceptions, de pensées et d'actions mais des postulats culturels, des rôles, des conventions et des attentes sociales qui dictent notre façon de voir, de penser, de sentir et d'agir. L'ergothérapeute exprime que l'apprentissage le plus important dans son processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative est d'être plus critique face aux modèles d'intervention proposés et plus consciente de comprendre les postulats et les valeurs qui les sous-tendent. On pourrait alors considérer le PANAEE comme un changement impliquant une transformation de perspective. Le Tableau 3 présente en parallèle les étapes de ces deux processus.

Mezirow (1981, 1991) a déterminé les phases suivantes de la transformation de perspective à partir d'une étude inductive avec des femmes retournant au collège: (1) un dilemme désorientant, (2) une auto-analyse, (3) une évaluation critique des rôles intériorisés et une conscience de l'aliénation des attentes sociales traditionnelles, (4) une mise en relation de son expérience non satisfaisante avec celle des autres et parfois avec des questionnements d'ordre public, (5) une exploration des options offertes permettant de nouvelles façons d'agir, (6) le développement de ses compétences et de la confiance en soi, (7) la planification d'un trajet d'action, (8) l'acquisition de connaissances et d'habiletés pour mettre en place le plan d'action, (9) le déploiement d'efforts pour essayer de nouveaux rôles et l'évaluation rétroactive de ses essais, (10) une réintégration sociale basée sur les conditions dictées par la nouvelle perspective. Ces phases ont été corroborées par d'autres recherches (Mezirow, 1991).

Dans son processus d'appropriation, le rôle social questionné par l'ergothérapeute est son rôle d'éducateur dans la relation ergothérapique, sa manière d'intervenir, les objectifs visés dans le processus ergothérapique versus les postulats et les valeurs que la profession véhicule ainsi que les modes d'intervention des ergothérapeutes. L'ergothérapie, comme entité professionnelle, s'appuie sur une vision holistique de l'être humain et voit le patient comme un participant actif (MSBS et ACE, 1983). Comme ergothérapeute adhérant aux valeurs qui sous-tendent la pratique de sa profession, l'intervenante réalisait qu'il y avait discordance entre sa façon d'intervenir très réductionniste et souvent directive et l'intention visée, à savoir une attitude non-directive permettant un participation plus active du patient.

Les éléments que comportent la transformation de perspective selon Mezirow (1991) se retrouvent dans le processus d'appropriation de l'ergothérapeute. Les cinq premières étapes de

Tableau 3. Mise en parallèle des étapes du PANAEE
et celles de la transformation de perspective selon Jack Mezirow (1991).

PANAEE	TRANSFORMATION DE PERSPECTIVE SELON MEZIROW
Identification d'un problème	Un dilemme désorientant
	L'auto-analyse
	L'évaluation critique des rôles intériorisés
	La mise en relation de son expérience avec celle des autres
Recherche active de LA solution	L'exploration des options offertes permettant de nouvelles façons d'agir
	Le développement de ses compétences et de la confiance en soi
Découverte d'un modèle éducatif	La planification d'un trajet d'action
Conceptualisation du modèle	L'acquisition de connaissances et d'habiletés pour mettre en place le plan d'action
Expérimentation du modèle	Le déploiement d'efforts pour essayer de nouveaux rôles et l'évaluation rétroactive de ses essais
Prise de conscience de l'approche	La réintégration sociale basée sur les conditions dictées par la nouvelle perspective
Élaboration d'un modèle personnalisé	
Intégration de l'approche éducative	

Mezirow (1991), soit le dilemme désorientant, l'auto-analyse, l'évaluation critique, la mise en relation et l'exploration des options se retrouvent dans ce que nous avons appelé l'identification d'un problème et la recherche active de la solution. Dès le début de l'inscription à la formation, l'ergothérapeute a commencé à développer ses compétences (étape 6 de Mezirow) mais lorsqu'elle découvre le modèle de Kolb, elle planifie un projet d'action (étape 7 de Mezirow): appliquer ce modèle dans la pratique de l'ergothérapie. Par la suite, elle acquiert des connaissances et habiletés (étape 8) dans le but d'appliquer le modèle et elle fait des efforts pour

appliquer le modèle (étape 9 de Mezirow ou phase de conceptualisation du modèle et phase d'expérimentation du modèle dans le PANAEE). L'étape 10 de Mezirow soit la réintégration correspondrait à la prise de conscience de l'approche ainsi qu'aux phases d'élaboration d'un modèle personnalisé et d'intégration de l'approche. La réinsertion dans le PANAEE n'est pas aussi concrète que dans Mézirow puisque l'ergothérapeute intègre le même rôle mais avec une perspective différente. A cet effet, l'ergothérapeute rapporte des changements dans sa façon d'interagir avec ses clients, un changement de vision par rapport son rôle d'ergothérapeute.

Il est intéressant de souligner une similarité par rapport aux informants de Mezirow (1991) et à l'informant dont le processus d'appropriation est l'objet de la recherche: sujets féminins en milieu scolaire.

4.8. Conclusion

Le processus d'appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute (PAAEE) décrit dans cette recherche découle de l'étude d'un seul sujet sur lui-même. On peut se demander si ces étapes sont assez générales pour se retrouver chez d'autres ergothérapeutes ou professionnels de la santé (physiothérapeutes, infirmières, etc.) motivés à s'approprier l'approche expérientielle ou d'autres façons de travailler (nouvelles approches éducatives). Cela permettrait de valider les résultats de cette recherche et de comprendre davantage le processus d'appropriation de connaissances. De plus, le sujet (ergothérapeute) de cette étude a été formé à la fin des années soixante-dix, à une époque où le modèle bio-médical dominait la pratique de l'ergothérapie (Christiansen, 1991). Il serait indiqué de réaliser cette recherche avec des

ergothérapeutes ayant reçu une formation universitaire différente, c'est-à-dire une formation qui comporte l'enseignement de modèle pratique dérivant du paradigme humaniste. Si on considère le processus d'appropriation d'une nouvelle approche éducative par l'ergothérapeute comme une hypothèse de travail, on peut se demander si on retrouverait les mêmes étapes et si le processus nécessiterait le même temps.

Malgré l'état non définitif des résultats de cette recherche, ces derniers nous permettent tout de même de nous questionner sur la formation des ergothérapeutes. Compte tenu que dans le cadre de cette recherche, l'application clinique de l'approche expérientielle a permis d'apporter des changements appréciables chez les patients traités, il nous semble indiqué d'intégrer l'enseignement de l'approche expérientielle dans la formation en ergothérapie. La formation des ergothérapeutes vise les trois domaines du savoir: le savoir-dire, le savoir-faire et le savoir-être. L'approche expérientielle semble appropriée parce qu'elle nécessite un engagement total de la personne et qu'elle dérive de prémisses et de valeurs identiques aux valeurs qui sous-tendent la pratique de l'ergothérapie. Dans cette recherche, l'application de l'approche expérientielle a permis à l'intervenante d'intégrer complètement une vision holistique: il y a eu passage de comportements directifs à des comportements non-directifs, un passage d'une attitude réductionniste caractérisée par la recherche d'une solution unique permettant de résoudre tous les problèmes à une attitude plus ouverte caractérisée par l'adoption d'une perspective plus large quant aux solutions possibles.

De plus, pour permettre à l'ergothérapeute de mieux assumer son rôle d'éducateur, il faut sérieusement considérer la question de l'intégration de l'enseignement de modèles éducatifs

(modèles d'enseignement et modèles d'apprentissage) et de théories desquelles découlent ces modèles éducatifs dans le curriculum universitaire de la formation en ergothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

BACHELOR, A., JOSHI, P., (1986), *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*, Québec: Les Presses de l'Université Laval.

BOUD, D., KEOGH, R. WALKER, D. (1985), *Reflection: turning experience into learning*, New York: Kogan Page, London-Nichols.

BROOKFIELD, S.D., (1990), Expanding knowledge about how we learn, *dans* R. M. Smith and Associates (Ed.), *Learning across the life span*, San Francisco: Jossey-Bass.

BROUSSEAU, M. (1989), Approche du transfert au bain avec une clientèle âgée. Communication présentée lors du 1er Symposium régional d'ergothérapie, Hôpital Royal Ottawa, octobre.

BOUD,D. (1989), Some competing traditions in experiential learning, *dans* S. W. Weil, I. McGill (Ed.), *Making sense of experiential learning*, Philadelphia: The Society for Research into higher education and open university Press.

CHARBONNEAU, B., CHEVRIER, J. (1990), L'apprentissage expérientiel, fondement théorique et cadre d'étude du savoir-apprendre expérientiel chez l'adulte, *Les Actes du 9e congrès annuel de l'Association canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes*, Victoria: Department of University extension and community Relations.

CHARBONNEAU, B., CHEVRIER, J., GRÉGOIRE-DUGAS, T. (1989), Essai d'opérationnalisation du savoir-apprendre chez l'adulte dans le contexte du modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb, Communication présentée au 8e congrès de l'Association canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes tenu à Québec, du 31 mai au 3 juin 1989.

CHRISTIANSEN, C., (1975), Attitudes of graduates toward occupational therapy education, *American Journal Occupational Therapy*, *29*, 352-355.

CHRISTIANSEN, C., (1977), Measuring empathy in occupational therapy students, *American Journal Occupational Therapy*, *31* (1), 19-22.

CHRISTIANSEN, C., (1991), Occupational Therapy for life performance, *dans* C. Christiansen, C. Baum (Ed.), *Occupational Therapy: overcoming human performance deficits*, New-Jersey: Slack.

CYNKIN, S., ROBINSON, A.M. (1990), *Occupational Therapy health through activities*, Boston: Little, Brown and Co.

DESLAURIERS, J.-P., (1991), *Recherche qualitative guide pratique*, Montréal: McGraw-Hill.

ERNEST, M., POLATAJKKO, H., BURTON, H. (1984), Evaluation des compétences cliniques des étudiants en ergothérapie, Profil des compétences de l'association canadienne des ergothérapeutes, Toronto: Association canadienne des programmes universitaires d'ergothérapie.

FERLAND, F., (1980), Evaluation d'une approche éducative présentée à de futurs parents concernant le développement sensori-moteur de leur bébé, MscA Health Sciences (Rehabilitation), McGill University.

FORGET, A., (1974), Learning of constructive tasks by brain damaged adults, Msc (Kinesiology), Simon Fraser University.

GILBERT, J., (1991), Elaboration d'une planification régionale pour la participation des milieux à la formation clinique en ergothérapie, M.A. Université du Québec à Hull.

GIORGI, A., (1975), *Sketch of a Psychological Phenomenological Method* in A. Giorgi, *Phenomenology and psychological research*, Pittsburg: U.N. Press.

HACHEY, R., (1975), Effects of differents methods of instructions on unfamiliar task performance of chronic schizophrenic patients, M.Sc. (O.T.), Boston University.

HOPITAL MONTFORT, (1990), *Manuel de plan de service*, Ottawa: Hôpital Montfort.

JOYCE, B., WEIL, M., (1980), *Models of teaching*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, (2e édition, p.369).

KOLB, D., (1984), *Experiential learning, experience as the source of learning and development*, New-Jersey: Prentice-Hall.

LEGENDRE, R. (1988), *Dictionnaire actuel de l'éducation*, Montréal: Larousse.

LEONARDELLI, C., (1986), Occupational Therapy Education: The relationship of purpose, objectives and teaching models, *American Journal Occupational Therapy*, *40* (2), 96-102.

LINCOLN, Y.S., GUBA, E.G., (1985), *Naturalistic Inquiry*, Beverly-Hills: Sage Pub.

MARC, E., (1984), *Le processus de changement en thérapie*, Paris: Editions Retz.

MEZIROW, J.,(1981), A critical theory of adult learning and education, *Adult education*, *32* (1), 4-24.

MEZIROW, J., (1991), *Transformative dimensions of adult learning*, San Francisco: Jossey-Bass.

MINISTERE DE LA SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL CANADA ET DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTES, (1983), *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client*, Ottawa: Santé et Bien-être Canada.

MINISTERE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL ET L'ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTES, (1986), *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*, Ottawa, Ontario: Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

MINISTERE DE LA SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL CANADA ET DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTES, (1987), *De la mesure des résultats en ergothérapie*, Ottawa: Santé et Bien-être Canada.

PFEIFFER, W., BALLEW, A. (1988), *Using structured experiences in human resource development*, San Diego, California: University Associates.

REED, K.L., (1984), *Models of practice in occupational therapy*, Baltimore: Williams and Wilkins.

SCHWARTZ, R.K., (1991), Educational and training strategies, *dans* C. Christiansen, C. Baum (Ed.), *Occupational Therapy: overcoming human performance deficits*, New-Jersey: Slack.

SPRADLEY, J.-P., (1980), *Participation observation*, New York: Holt, Rinehart et Winston.

STEINAKER, N. W., BELL, M.R. (1979), *The Experiential Taxonomy: a New Approach to Teaching and Learning*, New York: Academic Press.

THIAGARAJAN, S., (1980), *Experiential learning packages* (The Instructional Design Library, vol.23), Englewood Cliffs, New Jersey: Educational Technology Publications.

THOMPSON, M.-A., (1986), Factors affecting Saskatchewan occupational therapists involvement in fieldwork, M.A. University of Saskatchewan.

WALTER, G.A. et MARKS, S.E., (1981), *Experiential learning and change, theory and practice*, New York: John Wiley & Sons.

APPENDICES

APPENDICE 1

Formule de consentement à la participation
à la recherche

CONSENTEMENT A DES PHOTOGRAPHIES / ENREGISTREMENTS

CONSENT FOR PHOTOGRAPHY / RECORDING

J'autorise l'Hôpital _____ à: _____ I authorize Montfort Hospital to take:

	OUI YES	NON No	
photographier	___	___	photographs
cinématographier	___	___	movies
enregistrer sur vidéo	___	___	videotapings
enregistrer sur bande sonore	___	___	tape recording
autres _____ (préciser)	___	___	others _____ (specify)

Nom / Name _____ Signature _____ Lien de parenté / Relationship _____

1- Témoin/Witness _____ Signature _____ Date _____

J'autorise aussi d'utiliser et de publier cette documentation pour des fins médicales, scientifiques et éducatives.

I also authorize the use and publication of the documentation for medical, scientific and educational purposes.

J'émets cependant les restrictions suivantes:

_____

_____

However, I make the following restricitons:

_____

_____

Nom / Name _____ Signature _____ Lien de parenté / Relationship _____

1- Témoin/Witness _____ (nom-name) Signature _____ Date _____

2- Témoin/Witness _____ (nom-name) Signature _____ Date _____

APPENDICE 2

Extraits du journal de bord
de l'intervenante

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	NOTES PRISES DURANT LE COURS. On pourrait rester qu'au C.A., émettre des modèles sans mettre en doute, donc il faut induire le doute, la vérification.	37. Les 2 unités de sens qui suivent sont des notes prises durant le cours Processus d'apprentissage chez l'adulte. Une des unités est liée à la phase de conceptualisation abstraite et l'autre à la phase d'expérience concrète. Les points notés sont directement reliés à des difficultés ressenties dans l'application du modèle expérientiel.Elle poursuit donc sa démarche d'observateur à l'intérieur du cours.	cf.36.
	Le problème force le recul Le problème dans E.C. s'il n'y a pas de problème difficile d'amorcer la boucle. Je devrais mettre la personne dans une situation problématique. Cette observation est importante, puisque j'avais de la difficulté à choisir l'activité qui servirait à l'expérience active. Ce critère "susciter l'intérêt" devenait important.		
	30 janvier 1991		
	Réflexions suscitées suite au cours du mardi 29 janvier 1991 1. Le problème que j'éprouve dans l'élaboration des interventions en approche expérientielle me viendrait du fait que mes concepts sont mal définis. J'entends par "concepts", les principes, règles que j'aimerais que les gens apprennent. Mon travail premier sera donc de clarifier mes concepts (essentiels, attributs) si je veux être en mesure d'identifier des activités et des buts. Démarche: Lire sur la clarification de concept.	38. Lors de l'élaboration de séances d'approche expérientielle, l'intervenante réalise que sa compréhension de ce qu'est un concept, une règle, un principe est vague et qu'une précision de ses notions l'aiderait à mieux élaborer ses interventions.	cf.34. Certaines difficultés qui empêchent l'intervenante de changer de rôle se précisent: Des notions plus ou moins bien définies de ce qu'est un concept, une règle et un principe.
	2. L'objectif d'apprentissage est lié au C.A. du cycle.	39. L'intervenante continue de relever dans son journal les apprentissages importants qu'elle réalise dans le cadre de son cours et qui sont en relation avec l'apprentissage expérientiel vu comme un modèle éducatif. Ici, l'apprentissage est en relation avec la phase C.A.et l'objectif d'apprentissage.	cf.36.

P.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	3. Dans le choix d'activité, l'exusité, le côté problème est un élément motivateur et qu'il me faudra avoir dans le choix des activités. En rétrospec, l'élément défi ou problème à résoudre a toujours suscité un certain éveil, et goût à entrer dans une expérience concrètement, ceci veut dire que je devrai faire preuve de créativité et insérer à l'intérieur de mes activités un élément surprise même si mes activités sont tirés de la vie quotidienne.	40. Ici, les apprentissages sont en relation avec la phase d'expérience concrète. «élément de défi qui doit être présent pour être motivant » donc le défi de l'éducateur est d'être créatif.	cf 36
	Applications possibles en ergothérapie- Objets à soulever, à ranger avant d'obtenir autre objet souhaité - Problème à résoudre dans l'élaboration ou préparation des menus.	41. L'intervenante essaie de trouver des activités fréquemment utilisées en ergothérapie qui pourrait être des expériences concrètes dans un cycle expérientiel.	L'intervenante essaie d'appliquer l'un des principes énoncés précédemment. Ce principe est lié à la phase d'expérience concrète. Elle se situe ici à la phase d'expérimentation active du cycle expérientiel alors que précédemment nous notions de l'observation réfléchie et de la conceptualisation abstraite.
	Je pense même à me faire aider de d'autres collègues en leur parlant de mes intentions et en sollicitant leur feedback (à suivre...)	42. L'intervenante entrevoit solliciter le feedback de ses pairs afin de pouvoir progresser dans l'application du modèle d'apprentissage expérientiel.	L'intervenante se fixe une conduite de gestion dans son apprentissages soit la sollicitation du feedback des pairs.
	J'étais en train d'élaborer une intervention pour une cliente que j'avais. Une brève histoire de cas de cette cliente est présentée dans l'article que nous voulions (moi et mon tuteur) publier (à insérer). De plus, j'avais besoin d'appliquer le modèle en pratique. Une des clientes qui m'était confiée me paraissait une candidate pouvant bénéficier de cette approche.	43. L'intervenante se choisit une cliente parmi ses cas actifs afin d'expérimenter le modèle d'apprentissage expérientiel. Cette expérimentation sera présentée sous forme d'histoire de cas dans l'article qu'elle écrit en collaboration avec son tuteur.	L'intervenante se sent prête à réaliser une expérimentation active en se cherchant un patient.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Suite à la lecture de l'article "Validation d'un modèle expérientiel d'éducation de R. Côté". Le modèle de Steinaker et Bell donne une brève description des 5 étapes de la taxonomie expérientielle. Ouverture, participation, identification, intériorisation, dissémination. Ces étapes ressemblent à mon vécu par rapport à l'approche expérientielle. Cette taxonomie est plus axée sur le côté émotif. Jacques C. a employé le mot éclatement durant le cours de mardi. Pour moi, l'éclatement correspond aux phases d'intériorisation et dissémination où l'on généralise notre apprentissage et où l'on cherche, par la suite, des occasions pour stimuler chez les autres le désir d'apprendre. On pourrait également parler de C.A. et E.A.	44. L'intervenante identifie son processus d'appropriation de l'approche expérientielle à la taxonomie expérientielle de Steinaker et Bell. Ce modèle qui est plus axé sur le côté émotif est décrit en 5 étapes: ouverture, participation, identification, intériorisation, dissémination. Elle tente également d'établir des similitudes entre ce modèle et celui de Kolb.	A la lecture d'un modèle expérientiel axé sur le côté émotif(Steinaker-Bell), l'intervenante identifie son processus au processus décrit dans le modèle. Elle cherche à établir des ressemblances avec les modèles déjà connus.
	Au préalable, il y a eu un processus d'identification ou E.C. où je me suis engagée pleinement dans l'apprentissage. Je me souviens d'avoir dit que l'apprentissage expérientielle était devenu une philosophie de vie en fait j'avais le feeling d'avoir appris à apprendre.	45. L'intervenante s'est sentie pleinement engagée dans son apprentissage dès le début de sa maîtrise et réalise le mécanisme d'indentification vécu.	L'intervenante a d'abord identifié l'ergothérapie à l'apprentissage expérientiel. Elle a intégré cette approche dans son vécu quotidien. Elle était pleinement engagée.
	C'est pourquoi lorsqu'une situation problématique survient et que la résolution de problème ne suffit pas, je mets en branle mon mécanisme d'apprentissage à apprendre: "Je me dis qu'est-ce qui s'est passé?" Je tente de faire des liens à l'intérieur de ce qui s'est passé. Je cherche d'autres expériences semblables afin de mieux comprendre lorsque je ne peut tirer de conclusions à partir de ce que j'ai, je mets des hypothèses que je vérifie ou j'essaie de collecter d'autres données ou encore, je m'efforce d'analyser à nouveau la situation mais sous un autre angle.	46. Dans son vécu quotidien, l'intervenante utilise de façon consciente le modèle d'apprentissage expérientiel quand une situation problématique survient. Elle prend alors la position d'observateur, elle cherche d'abord à faire des liens intra expérience avant des liens inter-expériences, tente de tirer des conclusions ou hypothèses qu'elle cherche alors à vérifier.	L'intervenante utilise consciemment le modèle d'apprentissage expérientiel pour résoudre ou comprendre des situations problématiques.
	Plus j'utilise le cycle, plus je deviens habile à l'appliquer. Plus j'avance dans mon projet et mon cours, plus j'ai l'impression de trouver (identifier) mes difficultés à passer à l'autre rôle. (cf clarification de concepts)	47. Au fur et à mesure des utilisations répétées du cycle, l'intervenante sent une augmentation de ses habiletés. De plus, ses difficultés à changer de rôle se précisent.	L'utilisation répétée du modèle d'apprentissage expérientiel augmente le sentiment de maîtrise du dit modèle par l'intervenant. De plus, au fur et à mesure que son projet de maîtrise prend forme, l'intervenant identifie plus précisement les manques à combler pour intervenir efficacement avec le modèle.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	A faire: Retire mon journal avant de commencer à écrire la prochaine fois.	48. L'intervenante se donne une consigne, gère son apprentissage en se donnant une conduite à suivre.	L'intervenante applique une consigne liée à la méthodologie de recherche phénoménologique: relecture du journal.
	Les collègues dont je parle ici sont des ergothérapeutes qui travaillent fréquemment avec ces principes. (de la clientèle est un client rhumatologique)	NON-PERTINENT. Aucune mention du modèle expérientiel.	
	Walter, Marks m'est très utile car ce modèle donne beaucoup de questions pour l'éducateur.	49. L'intervenante mentionne un modèle expérientiel davantage axé comme modèle éducatif soit le modèle de Walter et Marks.	L'intervenante découvre un modèle expérientiel priorisant le côté éducatif: Walter-Marks.
	20 février 1991		
	J'ai relu rapidement mon journal et à cette lecture ce qui m'a frappé c'est le "besoin de clarifier les concepts". Avant d'entreprendre ma leçon d'apprentissage expérientielle, j'ai refait des lectures et a demandé de la documentation à des collègues sur les principes de conservation d'énergie. J'ai essayé de regrouper les lectures et j'ai identifié 4 grands principes desquelles diverses applications pratiques découlaient. Ayant le sentiment de mieux maîtriser les concepts, j'ai décidé d'élaborer ma session en utilisant une combinaison du modèle Pfeiffer-Jones et Walter-Marks. Walter-Marks pour l'introduction à l'activité spécifique et à l'activité globale. Lors des cours où M. Chevrier utilisait l'apprentissage expérientielle, j'ai remarqué qu'il utilisait 2 introductions (générale et spécifique). Pour les autres phases, j'ai privilégié le modèle de Pfeiffer-Jones étant donné que je l'avais déjà employé et qu'il me semblait mieux intégré. Donc j'ai clarifié mes buts pour l'activité que je désirais appliquer. Et c'est en l'élaborant que j'ai réalisé la possibilité d'utiliser pleinement cette activité c.-à-d., la diviser en 2 et l'exploiter comme 2 activités. Ainsi, j'éviterais la surabondance de données.	50. Comme l'intervenante a le sentiment de mieux maîtriser la notion de concepts, elle vérifie cet apprentissage en élaborant des sessions expérientielles sur les principes de conservation d'énergie. Une combinaison des modèles de Pfeiffer -Jones et de Walter-Marks sert de modèle de base pour planifier son ou ses intervention[s]. Elle retient de Walter-Marks la phase d'introduction générale et la phase d'introduction spécifique . Par la suite, elle applique le modèle de Pfeiffer-Jones. Elle réalise également la possibilité de scinder en partie son intervention. Elle rapporte sa tendance à donner trop de données à la fois et croit que scinder des sessions évite la surabondance de données.	Lors de l'expérimentation active ou application clinique de l'apprentissage expérientiel, l'intervenante a créé un modèle en combinant les modèles de Pfeiffer-Jones et Walter-Marks, afin de répondre à ses besoins d'éducateur et de mieux la diriger. Elle a retenu les phases d'introduction générale et spécifique de même que la phase d'évaluation de Walter-Marks et les phases du cycle de Pfeiffer-Jones.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Avant de rencontrer mon tuteur, je lui avais laissé une cassette sur laquelle j'avais enregistré mes interventions avec la dite cliente. Après mes interventions avec la cliente, je doutais des effets de mes interventions et de ma façon, de mener les sessions dites expérientielles.	64. La première expérimentation clinique(essai d'application du modèle en pratique) a laissé l'intervenante dans un doute par rapport à ses capacités d'éducateur et une certain doute par rapport au modèle subsistait.	La première application clinique du modèle ou expérimentation active n'a pas dissipé les doutes de l'intervenante par rapport à ses capacités. Pour la première fois, elle questionne l'efficacité du modèle.
	Notes - 18 mars 91		
	En discutant avec M. Chevrier (après avoir écouté la bande sonore), il m'est revenu qu'après avoir arrêté l'enregistrement de la bande, Mlle Bouin a dit: "Quand tu es hospitalisée, on te dit, fais attention à ceci, cela et lorsqu'on te place dans un fauteuil, les gens l'accrochent et te font faire le mouvement qu'on te dit de ne pas faire. On ne fait pas toujours ce que l'on dit". J'ai répondu: que c'était un des buts de cette approche et elle a souri. Etonnant le lien!	65. La patiente avec laquelle l'expérimentation a eu lieu s'est mise à observer le personnel hospitalier et à tirer des conclusions à partir de ses observations. Elle a donc répété les phases du cycle. De plus, elle a comparé le faire et le dire, tel que lors de la session expérientielle.	Suite à l'application du modèle, l'intervenante remarque que la cliente a réutilisé dans une autre situation des conduites relevant du cycle de l'apprentissage expérientiel et ce, de façon spontanée.
	Retour sur l'intervention avec Mlle Bouin - Après avoir évalué la cliente, je n'ai pas jugé opportun d'appliquer l'intervention selon le modèle expérientiel, puisque mademoiselle connaissait et comprenait les règles de gestion d'énergie (E). Cependant, lorsque j'ai évalué le niveau de connaissances et compréhension de Mlle Bouin, j'ai utilisé des techniques relevant du modèle: comme de décrire ce qu'elle faisait. Quel était le principe régissant son comportement? Dire d'autres situations où elle agit selon le même principe?	66. L'intervention, selon un modèle expérientiel, pour l'enseignement des principes de conservatrion d'énergie n'est pas indiquée si, après évaluation, la patiente comprend et applique les principes. Cependant, pour évaluer la cliente, l'intervenante a utilisé des techniques inspirées du modèle expérientiel.	L'intervenante juge non indiqué d'utiliser l'approche expérientielle pour l'enseignement des principes de conservation d'énergie, lorsque la cliente n'a aucun problème cognitif et qu'elle reconnait bien son handicap.
	Je devrais donc avoir ou me trouver une autre cliente. Il y en a une qui sera peut-être prête d'ici deux ou trois semaines. De plus, il me faudrait refaire une autre séance selon les principes de protection articulaire.	67.L'intervenante veut réaliser une intervention selon le modèle expérientiel et elle doit donc se chercher une autre cliente.	L'intervenante amorce une autre autre expérimentation concrète en cherchant une cliente pour appliquer le modèle.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Même si je n'ai pu appliquer le modèle intégralement, il m'a fourni des balises, critères me permettant de reconnaître s'il y a eu oui ou non intégration d'un apprentissage. Demander de reformuler dans ses mots Décrire d'autres applications Décrire ce qu'elle fait Dire les principes qu'elle en retire	68. Le modèle amène l'apprenant à reformuler dans ses mots ce qu'il a appris. Ceci permet donc de vérifier le niveau de compréhension de l'apprenant. Demander à l'apprenant de donner d'autres applications , d'énoncer les principes qu'il en retire permet d'évaluer le niveau d'intégration de l'apprentissage.	De par sa structure le modèle expérientiel nous permet de vérifier le niveau de connaissance et de compréhension de l'apprenant en lui demandant de reformuler dans ses mots ce qu'il a appris, d'appliquer ses acquis dans d'autres situations. Ses techniques peuvent être très utiles pour un ergothérapeute et être utilisées sans application complète du modèle pour vérifier les apprentissages d'un client.
	Suite au cours sur la métacognition J'ai réalisé le pourquoi de: "l'apprentissage expérientiel est une approche cognitiviste". Le fait de demander à l'apprenant de prendre le rôle d'observateur, de lui demander de conceptualiser se situe à un niveau métacognitif. Les conclusions ou connaissances codées au niveau du CA sont d'ordre métacognitif. Personne "intra-individuelle" Tâches Stratégie cognitive	69. Selon l'intervenante, l'apprentissage expérientiel se situe un niveau métacognitif parce qu'il exige de l'apprenant de prendre le rôle d'observateur, de conceptualiser.	L'approche expérientielle est une approche métacognitive par les conduites exigées de l'apprenant dans chacune des phases du cycle.L'intervenante continue sa démarche pour mieux comprendre le modèle et pouvoir mieux l'appliquer en prenant des notes durant le cours «Processus d'apprentissage chez l'adulte»
	Les 3 niveaux de cette dimension de la métacognition peuvent être touchés.	70. Les 3 niveaux de la métacognition peuvent être touchés:: Personne(intra-individuel),tâches, stratégie cognitive.	Non pertinent au processus d'appropriation.
	Durant le cours, processus d' apprentissage chez l' adulte, l'expérientiel est fortement utilisé pour tirer des conclusions au niveau des stratégies cognitives alors qu'en ergothérapie, l'objectif visé relève de la personne ou de la tâche. (voir plus loin dans le journal de bord). Malheureusement, jusqu'à présent, je n'ai pas abordé ce point dans mon projet de recherche - à examiner.	71. L'intervenante compare les niveaux métacognitfs touchés durant le cours processus d'apprentissage chez l'adulte et ceux touchés par les interventions en ergothérapie. Elle croit qu'en ergothérapie, les dimensions« personne et tâche» sont principalement visées alors que, durant le cours, ce fut davantage la dimension« stratégie cognitive» qui a été ciblée.	A cette étape, l'intervenante croit que les dimensions «personne et tâche» sont plus touchées en ergothérapie qu'en éducation formelle où ce serait la dimension «stratégie».
	30 août 91		

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Anne Etienne de l'Université d'Ottawa m'a demandé, il y a plusieurs mois déjà, de collaborer avec elle à un atelier sur l'apprentissage expérientiel. Je trouvais l'idée intéressante mais j'étais inquiète par rapport à ma capacité de le faire et à mes compétences.	72. Un professeur de l'Université d'Ottawa avait proposé à l'intervenante de réaliser un atelier sur l'apprentissage expérientiel. Bien que l'offre était stimulante l'intervenante doutait de ses capacités pour remplir adéquatement cette tâche.	L'intervenante relate une expérience qui lui a permis d'appliquer le modèle de l'apprentissage expérientiel dans un milieu différent de la clinique soit un milieu universitaire. De prime abord, l'expérience revêtant un caractère nouveau a réveillé un sentiment de non confiance chez l'intervenant.
	Le projet a traîné à cause de diverses contraintes personnelles. Puis au début du mois d'août, Anne est revenue à la charge. Avant d'accepter, je l'ai rencontrée. Je lui ai parlé de ma vision et nous nous sommes comprises. Je lui ai prêté l'article que je suis en train d'écrire avec M. Chevrier. Elle m'a redonné du feedback intéressant. J'ai donc soigneusement préparé mon atelier en puisant dans mon projet de recherche, dans mon article, dans mes notes de cours sur l'apprentissage adulte. J'étais anxieuse quant à l'atlier. J'appréhendais le groupe qui était composé de professeurs de l'université et de chargés de cours.	73. Avant d'accepter l'offre, l'intervenante a rencontré le professeur pour échanger sur leur vision. Elle lui a demandé du feedback sur l'article qu'elle était en train d'écrire. L'intervenante était satisfaite de l'échange, elle a donc accepté l'offre mais appréhendait le groupe auquel elle aurait à faire face; groupe composé de professeur et de chargé de cours.	Afin de diminuer son anxiété et d'évaluer avec justesse la faisabilité de cet atelier dédié à des professeurs et chargés de cours du programme d'ergothérapie, l'intervenante a cédulé une rencontre-échange de point de vue sur l'approche expérientielle avec le professeur qui l'avait approchée .La rencontre ayant été positive, l'intervenante a accepté l'offre.
	L'atelier a eu lieu le 29 août 91 à l'Université d'Ottawa et au contraire (de mes appréhensions), le groupe était intéressé et motivé.	74. Suite à l'atelier, les appréhensions face au groupe étaient dissipées. Le groupe a été intéressé et motivé.	Le groupe avec lequel elle a travaillé était motivé.
	Ma partie consistait à parler de l'application en clinique de l'apprentissage expérientiel. J'avais pensé parler du rôle d'éducateur de l'ergothérapeute, de l'absence de modèle éducatif, et de l'approche expérientielle. A mon grand étonnement, j'ai été à l'écoute du groupe parce que je me sentais à l'aise avec la matière. J'avais planifié mon après-midi selon l'approche expérientielle. L'activité consistait en un jeu de rôle avec l'observateur, l'ergo-éducateur et un patient sans problème cognitif. L'ergo devait enseigner ... une tâche à un patient. Par la suite en sous-groupe, les gens devaient dégager les étapes de leur approche (de leur mode d'enseignement).	75. L'intervenante a traité de l'application clinique du modèle éducatif expérientiel,en se servant du modèle expérientiel pour planifier sa demi-journée d'atelier. Avant la phase d'expérience concrète, elle a introduit l'activité en parlant du rôle d'éducateur de l'ergothérapeute, de l'absence de modèle éducatif en ergothérapie clinique et du modèle éducatif expérientiel. Le but de l'activité était de dégager un ou des modèle(s) éducatif(s) utilisés par les cliniciens. Pour y parvenir, la technique des «jeux de rôles» a été utilisée.	L'intervenante s'est servie du modèle combiné de Pfeiffer-Jones et Walter-Marks pour élaborer cet atelier. On pourrait parler d'expérimentation active du modèle. De plus, elle a fait part au groupe des constats réalisés jusqu'à présent dans son cheminement de maîtrise cf. 62.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Par la suite en plénière, nous avons fait une mise en commun. Il est intéressant de voir que les approches étaient semblables. Un modèle de training avec des teintes expénentielles. Les gens étaient voulant de responsabiliser le patient mais étaient maladroits.	76. La plénière a permis de mettre en commun les différents modèles éducatifs que les sous-groupes avaient dégagés suite à l'expérience. Une tangente apparaissait comme un modèle éducatif apparenté au modèle dit de «training», teinté d'expérientiel. Tous les thérapeutes avaient pour objectif de responsabiliser le patient dans sa démarche de réadaptation.	Les thérapeutes du groupe utilisaient un modèle davantage apparenté au modèle éducatif dit de« training», ce qui confirme les observations de l'intervenante.
	Durant l'activité, j'ai pris quelques rôles sur les interventions des gens "comme, c'est parce que ....". Le thérapeute faisait la conceptualisation pour le patient. Ceci a amené le groupe à s'interroger sur leur attitude comme thérapeute et leur insécurité. Chacun expénencera leurs connaissances et conceptualisations dans l'élaboration de leur cours. Anne sera une personne ressource pour collaborer, et superviser.	77. L'intervenante a remarqué que les thérapeutes conceptualisaient pour le patient et cette attitude semble reliée à l'insécurité du thérapeute. L'expérimentation active n'a pas été réalisée durant l'atelier. Chacun pourra expérimenter ce qu'il a appris dans l'élaboration de leur cours, le professeur sera la personne ressource.	L'intervenante a relevé chez les ergothérapeutes présentes dans le groupe des difficultés déjà identifiées chez elle, lors de l'application du modèle expérientiel. Ces difficultés sont en fait des comportements reliés à une approche plus directive, laissant peu de place à l'apprenant.
	Cette expérience m'a sécurisé quant à mon niveau de connaissances vis-à-vis l'approche expénentielle. Ce qui a été appris est relativement bien intégré. J'ai été à l'écoute du groupe. Mon débit verbal était lent et j'ai laissé le groupe s'exprimer. J'ai eu du regret de ne pas avoir pensé me mettre sur vidéo. J'aurais pu ainsi recevoir du feedback sur ma structuration d'atelier, mon comportement.	78. L'atelier a permis à l'intervenant de réaliser son niveau d'intégration du modèle expérientiel. Sa confiance en ses capacités d'éducateur s'en est accrue. Se sentant en maîtrise de la théorie, elle a pu être davantage à l'écoute du groupe. L'emploi du vidéo aurait pu être un outil pédagogique important.	Cette expérience a été positive pour l'intervenante puisqu'elle lui a permis d'évaluer son niveau de connaissance du modèle expénentiel et de rehausser sa confiance en son rôle d'éducateur. A noter toutefois, que l'intervenante avait déjà observé un éducateur appliquant le modèle en salle de classe.
	Anne a été la pionnière du programme d'ergothérapie et le modèle éducatif qu'elle préconisait pour les cours d'ergothérapie était l'apprentissage expérientiel. Anne voulait donc éduquer les professeurs et chargés de cours à ce modèle.	Le professeur qui a co-mené l'atelier avec l'intervenant a été la fondatrice du programme d'ergothérapie et a été la première à préconiser l'apprentissage expérientiel comme modèle éducatif.	non-pertinent au processus d'appropriation de l'apprenant.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Anne présentait pour sa part l'approche expérientielle en classe la (2) les chargés de cours nous présentaient une activité. Par la suite, nous en discutions en groupe.	La partie du professeur était de présenter les applications de l'apprentissage expérientiel en salle de classe. L'expérience consistait à présenter un cycle expérientiel déjà réalisé en salle de classe ou planifié pour être réalisé en salle de classe. L,observation réfléchie se faisait à l'aide du groupe.	non-pertinent au processus d'appropriation. spécifications sur l'expérience.
	J'étais très à l'aise d'intervenir à ce niveau. Je reconnaissais chez certains les mêmes difficultés que moi. "But plus ou - clair", "surabondance de données", période d'E.A. escamottée". Des problèmes reliés à une mauvaise connaissance du modèle et des concepts éducatifs présents ainsi qu'à un manque d'habiletés (savoir-faire) d'enseignants.	79. L'intervenante se sentait à l'aise d'intervenir lorsque le feedback du groupe était sollicité. Elle remarquait que beaucoup de professeurs ou chargés de cours éprouvaient les mêmes difficultés qu'elle avait rencontré lors de l'application du modèle: but plus ou moins clair, surabondance de données, manque de temps pour réaliser l'expérimentation active. Selon elle, toutes ces difficultés sont liées à un manque de connaissances(savoir, savoir-faire et savoir-être) du modèle.	L'intervenante a dégagé des expériences réalisées par l'autre professeur des difficultés communes chez les professeurs voulant utiliser une nouvelle approche et ce sont des difficultés très semblables à celle qu'elle a éprouvées: surabondance de données, but plus ou moins clair, période d'expérimentation active escamottée. Elle croit que ses difficultés sont dues en partie à un manque de connaissances du modèle comme tel et de certains concepts éducatifs.
	29 novembre 1991		
	Le coeur de la recherche arrive donc sous peu, je devrais appliquer l'approche expérientielle en clinique. J'ai de l'anxiété liée au fait que je suis plus éloignée de la clinique depuis un an et que mes interventions seront enregistrées - évaluées, etc... Malgré le fait que j'ai appliqué l'approche expérientielle à d'autres situations (atelier à U.O. avec Anne Etienne) et avec un certain succès, je vis une certaine insécurité. Et en partie reliée au retour à un travail antérieur.	80. L'application de l'approche expérientielle en clinique suscite encore de l'anxiété et ce, malgré l'expérience favorable de l'atelier présenté à l'université d'Ottawa. Elle croit qu'une partie de cette anxiété est liée au fait qu'elle doive retourner à un travail clinique qu'elle a quitté depuis quelques temps déjà et qu'elle devra enregistrer toutes ses interventions pour sa recherche.	Bien que l'expérience de l'atelier ait été positive, il y a beaucoup d'anxiété rattachée à l'application clinique de l'apprentissage expérientiel. Une partie de cette anxiété est attribuée par l'intervenante à l'absence de contact avec la clinique et une autre partie au rôle essentiel que cette application joue dans le processus de recherche. (finalité et élément d'évaluation)
	Par contre, l'approche expérientielle m'est d'un grand secours dans mon travail actuel. J'applique le cycle pour comprendre et pouvoir agir sur diverses situations: ex. - Situations conflictuelles entre deux services au Centre de jour, départ de psychiatrie qui se répètent.	81. L'intervenant applique le modèle expérientiel dans son travail administratif afin de pouvoir comprendre et agir dans diverses situations conflictuelles.	cf. 46 tout comme la notion de paradigme.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Phases O.R.: données Quel(s) évènement(s a(ont) été problématique(s)? Comparaison entre les évènements, problème: difficulté entre divers groupes de professionnels à mener groupe conjoint. Les gens sentaient que les groupes leur appartenaient et résistaient à collaborer. Comparaison avec d'autres expériences antérieures, les infirmières sur le département croient que les patients leur appartiennent. Elles ont de la difficulté à collaborer avec autres professionnels. Problème d'identité - quand on a pauvre identité, on cherche à combler en appartenant des choses: les patients, les groupes,.... l'identité est liée à la spécifité est intérieure. Les groupes (professionnels), individus qui ont des problèmes d'identité réagissent en voulant combler (pattern).	82. Dans ces situations conflictuelles, sa démarche suit les phases du cycle expérientiel. Elle prend d'abord la position d'observateur (prend du recul), elle fait des comparaisons inter-expériences pour enfin tirer une conceptualisation.	cf.46
	Donc, pour pouvoir mieux agir et intervenir, je dois comprendre ce qui se passe, prendre du recul vis-à-vis les situations. Ce mécanisme est, je crois, relativement bien intégré donc plus automatique.	83.L'intervenante réalise que maintenant, beaucoup de conduite relevant de l'approche expérientielle sont faites de façon automatique.	L'automatisme avec lequel l'intervenante utiiise les conduites exigées dans le modèle expérientiel est, selon elle, une preuve d'une bonne intégration du modèle en tant que processus d'apprentissage. L'intervenante réfère dans ses exemples à l'apprentissage expérientiel en tant que processus d'apprentissage et non, comme éducateur.
	13 février 1992		

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Actuellement, j'ai trois patients en réadaptation (un homme et deux femmes) mais avec aucun d'eux l'approche expérientielle n'est réellement indiquée.	106. L'intervenante a la charge de 3 patients mais avec aucun, l'approche expérientielle n'est indiquée.	Confirmation de pré-requis nécessaire à l'application de l'apprentissage expérientiel.
	Cliente 1: # hanche Problèmes cognitifs importants, désorien[illegible]spatio-temporelle important, ex: se dit à Toronto, au Québec, parfois donne la bonne réponse. Mémoire à court terme, très affectée. Madame a été évaluée par le M.M.S. (Mini Mental Status Test) cote 21, en bas de 21 indique une détérioration importante de la cognition. Madame a un passé psychiatrique Dx de dépression chronique. Le psychiatre qui la suivait est venu la voir. Il la trouvait très bien du point de vue de la dépression. D'ailleurs, les antidépresseurs ont été arrêtés. L'approche préconisée est axée sur le côté physique: récupération maximale des fonctions motrices (force, amplitude articulaire et équilibre), retour à domicile (adaptation du domicile en fonction de ses capacités, ex: libérer les espaces de déplacement, barre d'appui pour les transferts au bain, banc de bain pour éviter que la patiente doive s'asseoir au fond de la baignoire, etc...). Dans son milieu, madame fonctionne mieux. De plus, elle est bien entourée. Elle reçoit la visite de sa brue à tous les jours et recevra les services des soins à domicile (aide-ménagère pour l'épicerie, passer l'aspirateur), l'infirmière pour le bain, surveiller ses signes vitaux, etc... . L'approche expérientielle n'est pas indiquée.	107. La première cliente ne pourrait bénéficier de l'approche étant donné les problèmes cognitifs dont elle souffre.	non-indiqué si problèmes cognitifs
	Client 2: Monsieur a subi à un accident cérébro-vasculaire avec hémiparésie moyenne aux M.I. et M.S. dr et est aphasique (difficulté importante d'expression). Impossible de communiquer pleinement avec lui.	108.Le deuxième patient a d'importants problèmes d'expression.	non-indiqué si problème d'expression.

p.	TEXTE DU JOURNAL	THEME CENTRAL	ANALYSE DU THEME CENTRAL
	Client 3: Dame anglophone, hémiparésie très légère,bonne récupération spontanée. Aucune atteinte cognitive, perceptuelle. Madame est motivée. A été vue une fois, lui avons brièvement expliqué quelques principes à respecter et madame avait déjà appliqué ceux-ci à plusieurs situations. Trois jours plus tard, madame s'habillait seule, marchait seule. Madame n'a pas réellement d'habitude de vie à changer. Utiliser l'approche pourrait apparaître non nécessaire et comme une perte de temps. De plus, il y aurait peut-être la barrière linguistique?	109. La troisième cliente n'a aucun problème cognitif, elle est bien consciente de ses difficultés et met en application très rapidement et efficacement toutes les recommandations que les intervenants lui font. Une approche directe et habituelle semble convenir. De plus, la cliente étant anglophone, une difficulté linguistique est présente.	cf. 66 Portrait clinique de cette patiente semblable.
	Clients 1 et 2 devraient quitter sous peu l'hôpital. D'autres nouveaux clients sont à venir.	Comme 2 de ses clients doivent quitter sous peu l'hôpital, l'intervenante anticipe la prise en charge de nouveaux patients sous peu.	
	N.B.: Je n'ai pas un caseload de clinique à plein temps.	L'intervenante précise qu'elle n'a pas une charge clinique de thérapeute à temps plein d'où le nombre restreint de cas.	
	L'autre ergothérapeute (Marie-Paule) qui travaille dans l'hôpital me parle de Madame G. Madame G. a fait une hémiparésie droite (T.I.A. - Trans ischemic attach) diagnostic du médecin. Elle récupère bien. Selon le premier rapport de l'ergothérapeute (92-04-02) a noté une faiblesse du côté droit, légère incoordination du membre supérieur droit et la sensibilité est intacte. Au niveau du membre inférieur, il y a une faiblesse musculaire mais madame peut faire de la mise en charge. Sa tolérance est réduite et son équilibre est précaire. Elle avait alors de la dysarthrie qui s'est résorbée rapidement. De plus, son attention était diminuée. Son humeur était variable. Marie-Paule a commencé la rééducation de cette dame. Cette dame a été transférée de l'hôpital au Pavillon de la Sagesse. Est est d'ailleurs la dernière admission qui sera faite au Pavillon!	110. Une patiente présentant une légère hémiparésie est admise en réadaptation. La description qu'en fait une autre ergothérapeute déjà impliquée avec le cas amène l'intervenante à croire qu'elle pourrait éventuellement bénéficier de l'approche expérientielle. Les difficultés qu'elle présente sont davantage d'ordre moteur tel que diminution de l'équilibre, incoordination,faiblesse musculaire et diminution de la tolérance.	Cas potientiel pour l'application de l'apprentissage expérientiel: aucun problème cognitif, problèmes moteurs légers diminuant son niveau d'indépendance fonctionnelle.

APPENDICE 3

Tableau de regroupement des données
en fonction du contexte, des comportements,
des attitudes et des effets.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Hôpital 1980-1987 Ergothérapeute	Planifie des interventions de nature éducative. Elle réalise ses interventions éducatives selon le modèle appris, par observation, durant sa formation pratique: explication et démonstration, pratique supervisée, pratique autonome. Elle changeait son approche selon les résultats obtenus (augmenter le support visuel, donner des explications plus détaillées...). Tous les changements sont faits de façon intuitive.	Ressent un malaise. Il lui semble qu'elle ne répond pas entièrement aux besoins spécifiques de chacun de ses clients.	Identification d' un besoin d'augmenter son savoir professionnel relatif au processus d'apprentissage.
Hôpital et Université. 1988.	Prend la décision de s'inscrire à un programme de formation relié au besoin identifié (maîtrise en éducation).	Motivée à suivre le programme (motivation personnelle).	Début du processus d'appropriation de l'approche.
Université. Automne 1988. Cours du tronc commun. La majorité des étudiants ont une formation en éducation.	Evalue son niveau de connaissances à faible.	Anxieuse.	Questionnement sur sa capacité à poursuivre de programme.
	Durant le tronc commun, compare son niveau de connaissances aux autres étudiants et s'évalue égal à la moyenne.	Diminution de l'anxiété suite à la comparaison.	Augmentation du degré de confiance en sa capacité de réussir le programme.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
	Élabore un avant-projet de recherche sur le processus d'apprentissage chez l'adulte et les styles d'apprentissage.	Anxieuse vu l'ampleur du projet de recherche.	Identifie le besoin de s'inscrire à un cours sur les styles d'apprentissage.
	Applique certaines notions apprises dans sa clinique et vie personnelle pour résoudre ou comprendre certains conflits (par exemple, la notion de "paradigme").	Motivée par la richesse et l'applicabilité des notions apprises au plan professionnel et personnel	Poursuite du programme.
Université. Fin automne 1988. Mémoire de maîtrise. Exigence d'un tuteur.	Choisit un tuteur et élabore trajet de maîtrise.	Anxiété causée par la recherche d'un tuteur s'estompe peu à peu. Se sent supportée et guidée à travers le tutorat.	Renforcement dans le désir de poursuivre le programme.
Université. Hiver 1989. Cours supervisé et donné par son tuteur sur les styles d'apprentissage. Auteur-clef: Kolb.	Prend connaissance du modèle de l'apprentissage expérientiel.	Emballée et excitée par ce modèle ou approche. Les deux approches (ergothérapie et approche expérientielle) utilisent l'expérience (activité) et veulent à partir de l'expérience générer un nouveau savoir. L'approche expérientielle apparaisait alors comme une solution aux difficultés rencontrées dans sa pratique.	Prise de décision de s'y intéresser.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Université. Hiver 1989. Cours-groupe sur le "curriculum"	Apprend à développer des plans de cours et révise le plan de service du service d'ergothérapie de l'hôpital.	Motivée par l'application des nouvelles connaissances dans un autre secteur de son travail. (secteur administratif)	Renforcement dans la poursuite du programme, de sa pertinence comme choix d'études.
Été et automne 1989. Absence autorisée du programme. Congé de maternité. Début de participation au projet de recherche qui fera partie du cours sur l'apprentissage expérientiel.	Lit sur l'apprentissage expérientiel et vers la fin de l'absence autorisée, commence à participer à un projet de recherche d'une autre étudiante à la maîtrise dont le cadre de référence porte sur l'apprentissage expérientiel.	Motivée à poursuivre le programme.	Lien maintenu.
Université. Hiver 1990. Cours supervisé sur l'apprentissage expérientiel donné par son tuteur. À l'intérieur de ce cours, participation à un projet de recherche. Ouverture des participants (non-jugement de valeurs)	Participe au projet de recherche (analyse des journaux de bord d'étudiants impliqués dans un cours utilisant l'approche expérientielle). Elle s'interroge sur différents aspects du modèle (par exemple, les limites de l'expérience)	Se sent non-jugée. Se sent valorisée.	Augmentation du savoir par rapport au modèle ou approche. Augmentation du degré de confiance en soi.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Université. Hiver 1990. Cours sur l'apprentissage expérientiel donné par son tuteur.	Prend connaissance de différents modèles expérientiels et de diverses utilisations du modèle expérientiel.	Demeure emballée, principalement, par le modèle de Kolb.	Augmentation du savoir par rapport au modèle.
	Conçoit l'apprentissage expérientiel en terme de philosophie de vie.	Emballée par l'apprentissage expérientiel.	Motivateur pour la poursuite du programme. Intérêt soutenu.
	Applique le modèle expérientiel (Kolb) à des situations de travail (relations de travail, compréhension d'attitudes et de comportements) et de vie personnelle.	Motivée par l'applicabilité des notions apprises tant au point de vue personnel que professionnel.	Poursuite du programme.
	Identifie le modèle expérientiel au processus ergothérapique de façon globale et fait un travail, sous la supervision de son tuteur, sur les différences et similitudes entre le processus ergothérapique et le modèle de Kolb.	Est confuse quant au processus ergothérapique et l'approche expérientielle. Elle trouve le travail laborieux.	Le travail a eu pour effet de distinguer les 2 processus, de commencer à délimiter leur cadre d'application.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Université. Hiver 1990. Exigence du tutorat. La rédaction de cet article s'étendra de l'hiver 1990 au printemps 1992	Débute la rédaction d'un article qui deviendra le fruit de ses réflexions.(article écrit en collaboration avec son tuteur.) Débute la rédaction du projet de recheche.	La rédaction de cet article est d'abord vu comme un surcroît de travail quoique l'idée d'apprendre à écrire un article l'attire. Cette collaboration avec son tuteur se révèle aidante et supportante par rapport à sa démarche de réflexion et de recherche.	Cet article lui permet de mettre sur papier ses reflexions. Il lui sert également d'échange avec son tuteur. Il devient une source de stimulation.
Université. Hiver 1990. Cours sur les théories de l'apprentissage.	Apprend différentes théories de l'apprentissage, par conséquent différents modèles d'enseignement qui en découlent. Elle apprend à inscrire ces théories dans un courant de pensée (paradigme). Ce cours se voulait également un moyen de distancier du modèle de Kolb.	Sentiment de pouvoir mieux remplir un rôle d'éducateur. Satisfaite d'avoir un vision plus large.	Élargissement du champ de connaissances en éducation. Précision du cadre théorique duquel découle le modèle expérientiel. Se sentait prête à replonger dans l'approche expérientielle.
Été 1990 et automne 1990. absence motivée du programme pour raison personnelle. Changement d'emploi: de clinicien à chef de service.	Élabore certaines interventions ergothérapiques sur papier, sous la supervision de son tuteur. Travaille à un article avec son tuteur	Motivée à terminer son programme, malgré certaines difficultés personnelles.	Contact maintenu avec le programme

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Hôpital et Université. Hiver 1991. Fin de février. Première expérimentation du modèle en clinique. Supervision par le tuteur de l'expérimentation (élaboration et application via des enregistrements sonores.)	Applique le modèle expérientiel en clinique, c'est-à- dire utilise cette approche pour élaborer des interventions éducatives.(modèle de Kolb). Éprouve beaucoup de difficultés durant l'élaboration qu'elle attribue à un manque de connaissances en éducation.	Besoin d'augmenter ses connaissances en éducation. Prise de conscience d'un manque de connaissances en éducation, par exemple manque de connaissances par rapport à l'élaboration d'objectifs d'apprentissage.	Identification du besoin d'augmenter ses connaissances en éducation et de se distancier du modèle de Kolb. Prise de décision d'augmenter ses connaissances via la lecture. Interrogation sur la dualité des objectifs: affectif et cognitif.
Hôpital et Université. Hiver 1991.	Applique le modèle de Kolb après avoir approfondi certaines notions. Suite aux applications, elle relève des difficultés avec ce modèle: difficulté à introduire les activités dans un cadre général et spécifique, difficulté à induire le changement de phases. Durant les enregistrements de ces séances, elle réalise la surabondance de données dans ce qu'elle veut enseigner.	Malaise, sentiment d'insatisfaction par rapport à certains aspects du modèle mais pas de doute vis-à-vis l'approche. Difficultés toujours présentes à intervenir, à appliquer le modèle.	Besoin de se distancier par rapport au modèle de Kolb. Recherche d'autres alternatives.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Université. Hiver 1991. Cours-groupe sur le processus d'apprentissage chez l'adulte donné par son tuteur. Méthode pédagogique privilégiée: l'apprentissage expérientiel. Un des objectifs principaux du cours est de comprendre les styles d'apprentissage (les différences individuelles dans l'apprentissage).	Découvre son style d'apprentissage: observateur-analyste. Utilise le cours comme un milieu d'observation d'un enseignant utilisant l'approche expérientielle.	Peur qu'il y ait de la redondance au niveau des connaissances, mais ses craintes se dissipent au fur et à mesure que le cours se déroule. Acquisition de connaissances significatives telles que son style d'apprentissage et la dualité des objectifs (cognitif et affectif). Se sent impliquée dès le début du cours vu sa confiance en son tuteur. c'est pourquoi, elle s'est impliquée dès le début du cours malgré ses craintes.	Les connaissances acquises ont facilité le processus d'appropriation (style d'apprentissage) et elles ont facilité les applications ergothérapiques (priorisation du côté affectif ou cognitif devenait un choix du pédagogue en fonction des besoins identifiés chez le client)
Université. Hiver 1991. Présentation du projet de recherche.	Présente son projet de recherche. Prend conscience du manque d'argumentation dans son projet de recherche et applique cette connaissance dans sa vie professionnelle.	Anxiété présente (anticipation des résultats et du feedback des professeurs et pairs présents).	Réalise l'importance de débuter son journal de bord pour comprendre son cheminement, son processus d'appropriation.
Université. Fin hiver 1991. Deuxième présentation du projet de recherche.	Travaille à l'élaboration du projet de recherche et le présente. Grâce à l'aide de son tuteur, elle précise sa recherche et conçoit deux journaux de bord: un pour le chercheur et un pour l'ergothérapeute-intervenant.	Confuse par rapport à son rôle de chercheur et d'ergothérapeute-intervenant.	La création de deux journaux a facilité le changement de rôle de chercheur à intervenant et l'a recentré sur son processus d'appropriation.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
	Pour diminuer sa résistance et permettre la poursuite du projet de recherche, elle se rappelle les sources de motivations premières: utilisation du modèle pour résoudre des difficultés ou comprendre des événements. Support du tuteur. Conçoit le journal comme un outil de réflexion sur son propre processus (y note sa démarche, ses observations) ainsi qu'un outil de communication entre elle et son tuteur.Le côté affectif est mis de côté au profit du cognitif.	Résistante. L'emballement n'est plus aussi présent.	Malgré la forte résistance, ce retour aux sources de motivations premières maintiendra la poursuite du projet: débute le journal de bord de l'intervenant. La rédaction du journal de bord l'amènera à prendre conscience de sa tendance à omettre des détails. (comportement acquis dans sa formation antérieure). Résistance reliée à son double rôle, et principalement à son rôle de chercheur
Université. Fin Hiver 1991	Poursuit ses lectures sur l'apprentissage expérientiel et redécouvre des modèles déjà vus, notamment dans son cours sur le modèle expérientiel: Walter et Marks, priorisant le côté éducatif et le modèle de Steinaker et Bell, priorisant le côté affectif.	Résistante par rapport à appliquer le modèle. Cependant, les modèles de Walter-Marks et Steinaker-Bell rendent enthousiaste l'intervenante qui a tendance à identifer son processus au modèle de Steinaker-Bell et qui voit dans le modèle de Walter-Marks une réponse à des difficultés qu'elle a rencontré dans l'élaboration de ces interventions.	La redécouverte de ces modèles la stimule. Poursuite du programme. Ces modèles lui fournissent des outils pour appliquer l'approche.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Hôpital et Université. Hiver 1991.	Doit appliquer l'approche. Cette application amène l'élaboration d'un modèle en combinant le modèle de Walter et Marks et celui de Pfeiffer et Ballew. La combinaison de ces modèles répond aux difficultés rencontrées dans l'élaboration de l'approche. Applique ce modèle élaboré pour une intervention clinique.	Anxieuse par rapport aux applications. Sentiment de confort avec cette élaboration. Satisfaite des résultats obtenus. Anxieuse parce qu'elle éprouve encore quelques difficultés avec l'approche. Attitudes et comportements à avoir.	Soulagement procuré par l'élaboration du modèle personnalisé. A l'intention de poursuivre avec l'approche et de développer davantage le modèle élaboré.
Autre université. Été 1991. Atelier pour les professeurs et chargés de cours. Atelier portant sur l'apprentissage expérientiel.	Donne la partie de l'atelier consacrée à l'application clinique de l'apprentissage expérientiel. Suite à l'atelier, elle reçoit du feedback positif de la part des participants. Utilise le modèle élaboré pour planifier et intervenir durant cet atelier. Présente aux participants son modèle. Reconnaît chez les participants des attitudes et comportements similaires au sien dans l'intervention avec le client. Ceci a été possible par l'utilisation de jeux de rôles.	Se sent à l'aise et suffisamment en maîtrise du contenu pour être à l'écoute des participants et modifier légérement le contenu prévu pour répondre aux besoins du groupe. Sentiment de confiance accru par rapport au modèle élaboré(personnalisé).	Augmentation du degré de confiance par rapport à ses connaissances de l'approche expérientielle. Renforcement du modèle élaboré.

Une ergothérapeute qui apprend l'approche expérientielle: une nouvelle approche éducative.			
Situation Espace - Temps Contexte	**Conduites, intentions, buts, idées, réflexions, connaissances**	**Attitudes Sentiments Émotions**	**Effets**
Hôpital. Automne 1991. Changement important dans sa tâche de travail: amalgation de 3 services professionnels.			
Hôpital. Hiver 1992.	Cherche des cas où le modèle élaboré (approche) serait applicable et profitable. Ne peut appliquer le modèle dans aucun des quatre cas rencontrés (problème d'expression verbale, trouble de la personnalité).	Aucun sentiment d'emballement. Rationnalisation.	Vision plus réaliste des possibilités d'application du modèle.
Hôpital. Été 1992.	Applique le modèle personnalisé dans une intervention éducative en ergothérapie. Cherche à raffiner le modèle et en vérifier les effets.	Satisfaite du modèle personnalisé et des effets de son application.	Sentiment de complétude par rapport à l'acquisition d'un modèle d'intervention pratique. Période de consolidation déjà amorçée.
Hôpital. Été 1992.	Utilise de façon automatique les conduites exigées par le modèle. Laisse plus de place au client, est plus en retrait. Omet moins de détails qu'auparavant.	Confiance plus élevée dans la capacité du client à gérer son apprentissage.	Maîtrise du modèle élaboré. Maîtrise de base de l'approche.

APPENDICE 4

Tableau de délimitation des étapes
du processus d'appropriation
d'une approche éducative expérientielle
par une ergothérapeute.

	Appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute.	**Appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute.**	**Moments de signification: Étapes**
80-87	Ressent un malaise dans sa planification des interventions de nature éducative. Ressent un besoin d'augmenter ses connaissances relatives à l'apprentissage.	Malaise dans l'action professionnelle relative à la dimension éducative. Besoin d'augmenter ses connaissances relatives à l'apprentissage.	Problèmes (malaise). Délimitation des problèmes: Par rapport au rôle d'éducateur de l'ergothérapeute.
E88 A88	S'inscrit à un programme universitaire pour aller chercher des connaissances applicables dans ses interventions.	Décision d'aller chercher dans un cadre éducatif formel des connaissances applicables dans son cadre professionnel.	Implication dans un cadre formel.
A88	Applique des notions acquises dans les cours au plan personnel et professionnel. Tout en étant intéressantes, les connaissances ne répondent pas parfaitement au malaise ressenti initialement.	Extension des connaissances acquises aux sphères de vie personnelle et professionnelle. Attitude expérimentale face aux connaissances acquises.	Recherche active de LA solution. Ouverture face aux apprentissages. Pertinence des apprentissages.
H89	Découvre le modèle d'apprentissage expérientiel de David Kolb qui est vu comme LA solution au malaise ressenti au départ parce que le modèle allait lui permettre d'atteindre les buts visés par l'ergothérapie dans toutes les circonstances. Est emballée par le modèle. Applique le modèle de Kolb pour analyser des événements de sa vie personnelle et de sa vie professionnelle.	Découverte d'un modèle d'intervention considéré comme LA solution répondant au malaise ressenti au départ. Découverte accompagnée d'un emballement pour le modèle d'intervention. Application conceptuelle du modèle d'intervention dans les sphères de vie personnelle et professionnelle.	Découverte d'une solution dans un modèle éducatif. Peu de distanciation par rapport au modèle. Attitude non-critique. Validation conceptuelle du modèle. Emballement.
E89 A89	Absence autorisée Aucun travail		

	Appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute.	**Appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute.**	**Moments de signification: Étapes**
Fin A89 H90	Utilise le modèle de Kolb dans un contexte d'analyse de récits d'apprentissage. Augmente ses connaissances sur le modèle de Kolb. Augmente ses connaissances en éducation, et plus particulièrement sur l'apprentissage et les modèles d'enseignement, pour mettre le modèle de Kolb dans un cadre plus général. A cette occasion, elle est introduite aux notions de «famille de modèles d'apprentissage» qui permet de mettre en perspective le modèle de Kolb.	Prise de conscience du modèle comme processus d'apprentissage. Distinction entre un modèle d'apprentissage et un modèle d'enseignement. Elargissement des connaissances par rapport au modèle d'intervention. Besoin de situer ce modèle par rapport à d'autres modèles d'intervention en éducation. Prise de conscience de la notion de «famille de modèles d'apprentissage» qui permet d'amorcer une distanciation par rapport à ce dit modèle d'intervention.	Approfondissement de la connaissance du modèle. Prise de conscience de familles de modèles. Ancrage du modèle dans sa "famille de modèles". Connaissance d'autres modèles dérivant de "familles de modèles" différentes.
A90	Absence autorisée Aucun travail		
H91	Applique le modèle de Kolb pour élaborer et intervenir dans un cas avec objectifs éducatifs. Prend conscience de l'absence de certains pré-requis personnels (manque de notion par rapport aux objectifs pédagogiques). Prend la décision de réduire ses lacunes et d'appliquer toujours CE modèle. Clarifie par la lecture sa compréhension de certains concepts en éducation.	Application du modèle d'intervention dans le milieu professionnel dans une intervention éducative. Prise de conscience de certaines lacunes dans les connaissances concernant l'élaboration d'une intervention éducative. Amélioration des connaissances en éducation.	Application inconditionnelle du modèle. Confrontation à la réalité. Approfondissement de certains pré-requis personnels.
H91	A la deuxième tentative d'application du modèle de Kolb, elle éprouve certaines difficultés dans l'élaboration et dans l'intervention avec ce modèle. Se sent découragée face au modèle proprement dit.	Application pratique du modèle dans une intervention éducative. Malaise à l'égard de certains aspects du modèle d'intervention.	Application inconditionnelle du modèle. Confrontation à la réalité. Malaise par rapport à certains aspects du modèle.

	Appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute.	Appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute.	Moments de signification: Étapes
H91	Redécouvre des modèles d'apprentissage expérientiel vus lors de cours précédents qui semblent répondre aux difficultés rencontrées avec le modèle de Kolb. Le modèle de Kolb devient UN modèle parmi d'autres dans l'APPROCHE expérientielle. Bien que chacun des modèles comporte des éléments pouvant répondre aux difficultés d'élaboration des interventions en ergothérapie, aucun des modèles ne peut répondre totalement aux difficultés. Continue tout de même à croire dans les valeurs de fonds de l'approche sans être accrochée à un modèle particulier, sans être obligé d'abandonner l'approche même si un modèle ne fonctionne pas complètement.	Rappel de l'existence d'autres modèles d'interventions relevant de la même approche éducative. Prise de conscience de l'approche éducative dans laquelle s'inscrit les modèles d'intervention, permettant d'être plus axé sur l'approche que sur un modèle particulier.	Approfondissement d'autres modèles. PRISE DE CONSCIENCE DE L'APPROCHE indépendamment d'un modèle.
	Elle planifie trois interventions en puisant alors dans ces modèles des éléments répondant aux difficultés rencontrées avec le modèle de Kolb et élabore ainsi un modèle d'intervention plus personnalisé. À cette occasion, elle récupère plusieurs connaissances sur l'apprentissage et l'éducation, acquises durant la formation. Elle applique son modèle dans une des sessions planifiées avec une patiente et obtient, malgré encore quelques difficultés à appliquer l'approche expérientielle, des résultats positifs. Elle décide de continuer à utiliser son modèle et à le développer.	Planification d'interventions, ce qui la force à élaborer, à l'aide d'éléments jugés adaptés dans les divers modèles et en intégrant diverses notions relatives à l'apprentissage et à l'éducation apprises jusqu'à ce jour, un modèle personnalisé d'intervention.	Élaboration d'un modèle personnalisé dans l'approche.

	Appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute.	**Appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute.**	**Moments de signification: Étapes**
	Applique son modèle personnalisé en ergothérapie avec une nouvelle patiente pour voir s'il allait marcher encore une fois, pour voir si son modèle était fiable. Des modifications mineures sont apportées à son modèle.	Vérification du modèle personnalisé.	Validation du modèle personnalisé.
E91	Présente son modèle personnalisé à des collègues ergothérapeutes. A travers les jeux de rôles proposés à ses collègues, elle réalise que, comme elle, ils ont des attitudes et des comportements différents des intentions et des buts qu'ils visent. Au lieu de responsabiliser les patients et de les rendre plus autonomes, leur attitude et leurs comportements sont de diriger les patients et de leur fournir toutes les solutions. Rassurée par rapport à sa connaissance de l'approche parce que elle est capable de reconnaître si l'approche est bien appliquée ou non.	Partage des nouvelles connaissances avec des collègues. Application de l'approche avec ses collègues. Prend conscience des changements dans sa façon d'intervenir par la visualisation de d'autres intervenants en action et ayant une façon d'intervenir similaire à celle qu'elle avait avant l'acquisition de cette approche.	Diffusion du modèle. Prise de conscience de changements attitudinaux et de comportements dans sa façon d'intervenir: capable de responsabiliser davantage le patient, respect de ses solutions et croyance dans sa capacité d'agir. Maîtrise de base de l'approche.
A91	Changement d'emploi		
H92	Est confrontée à quatre cas en ergothérapie pour lesquels elle juge le modèle non applicable (problèmes cognitifs, problèmes d'expression, problèmes de personnalité, aucune négation par rapport à son handicap et acceptaton de l'aide proposée).	Vérification de l'applicabilité du modèle. Ses indications, contre-indications. Délimitation des cadres d'applications du modèle dans sa pratique professionnelle.	Validation pratique du modèle personnalisé.

	Appropriation de l'approche expérientielle par une ergothérapeute.	**Appropriation d'une nouvelle approche éducative par une ergothérapeute.**	**Moments de signification: Étapes**
E92	Elle applique son modèle personnalisé avec une patiente dans le cadre d'une intervention éducative en ergothérapie dans le but de raffiner son modèle et en vérifier les effets.	Consolidation du modèle personnalisé d'intervention par une expérimentation dans sa tâche professionnelle.	Raffinement du modèle personnalisé.